IX kadencja

SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

- **Komisji Zdrowia**
(nr 30)
z dnia 16 września 2020 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 30)

16 września 2020 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– informację kierownictwa Ministerstwa Zdrowia na temat działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia w związku z prognozowanym nadejściem tzw. drugiej fali zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2.

W posiedzeniu udział wzięli: **Adam Niedzielski** minister zdrowia, **Waldemar Kraska** i **Józefa Szczurek-Żelazko** sekretarze stanu i **Maciej Miłkowski** podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Jarosław Pinkas** główny inspektor sanitarny wraz ze współpracownikami, **Filip Nowak** p.o. prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, **Tadeusz Nierebiński** główny inspektor sanitarny Wojska Polskiego, **Jarosław Chmielewski** dyrektor Departamentu Strategii i Działań Systemowych BRPP, **Stanisław Maćkowiak** prezes Federacji Pacjentów Polskich, **Alina Niewiadomska** prezes Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych, **Mateusz Kocój** ekspert Federacji Porozumienie Zielonogórskie, **Jarosław Król** członek Zarządu Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia, **Danuta Miłkowska-Mendrek** członek Krajowej Komisji Rewizyjnej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Kasprzyk**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Otwieram posiedzenie Komisji Zdrowia zwołane przez marszałek Sejmu na podstawie art. 198j ust. 2 regulaminu Sejmu. Posiedzenie będzie prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej umożliwiających porozumiewanie się na odległość. Posiedzenie zostało zwołane w trybie art. 152 ust. 2 regulaminu Sejmu. Wniosek grupy posłów wpłynął do Komisji w dniu 25 sierpnia 2020 r.

Witam bardzo serdecznie panie i panów posłów. Witam ministra wraz ze współpracownikami, wiceministrami, również głównym inspektorem sanitarnym. Witam także zaproszonych gości.

Szanowni państwo, zanim sprawdzimy kworum, w punkcie związanym z art. 152 ust. 2 chciałem powiedzieć, dziękując za obecność pana ministra, że do tej pory ministrowie konstytucyjni nie przychodzili na posiedzenia komisji zwołane w tym trybie, ale rozumiem, że sytuacja jest podwójnie ekstraordynaryjna. Po pierwsze, cały czas mamy do czynienia z pandemią; po drugie, pan minister przychodził na posiedzenia Komisji, ale jako prezes Narodowego Funduszu Zdrowia. Przy okazji przepraszam, że nie przywitałem prezesa Nowaka.

Szanowni państwo, pan minister zdrowia jest tutaj w nowej roli. Wydaje się, tak jak zawsze było przyjęte, że ministrowie na początku swojej pracy na posiedzeniu Komisji Zdrowia informowali o swoich planach i zamierzeniach. Tym razem sytuacja jest szczególna, bo będzie tu informacja dotycząca przede wszystkim COVID-19, ale rozumiem, że jeżeli pan minister będzie chciał coś dopowiedzieć, to pewnie członkowie Komisji chętnie tego wysłuchają.

Szanowni państwo, teraz sprawdzimy kworum. Myślę, że mamy, bo dołączyli do nas kolejni posłowie, tak że proszę o uruchomienie procedury sprawdzenia kworum. Proszę o zagłosowanie, przyciśnięcie dowolnego przycisku. Dziękuję. Proszę o podanie wyników. Głosowało 30 osób, a zatem stwierdzam kworum.

W takim razie przechodzimy do realizacji porządku dziennego posiedzenia zwołanego przez marszałek Sejmu. Zgodnie z wnioskiem grupy posłów porządek przewiduje informację kierownictwa Ministerstwa Zdrowia na temat działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia w związku z prognozowanym nadejściem tzw. drugiej fali zakażeń koronawirusem SARS-CoV-2.

Szanowni państwo, przystępujemy do realizacji porządku dziennego. Proponuję następujący porządek przebiegu posiedzenia: wystąpienie przedstawiciela posłów, którzy zgłosili wniosek o zwołanie tego posiedzenia, następnie wypowiedź pana ministra i dyskusja. Bardzo proszę. Kto z przedstawicieli wnioskodawców zabierze głos? Podpisaliście się państwo pod wnioskiem, w związku z tym powinniście państwo upoważnić kogoś do zabrania głosu w imieniu grupy, która wnioskowała o to posiedzenie.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Nie ma naszego przewodniczącego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jest kilkunastu podpisanych posłów. Pan przewodniczący jest *primus inter pares*, ale ktoś inny z państwa może zabrać głos. Jeżeli pan minister ma odpowiedzieć, państwo musicie przynajmniej postawić pytanie. Dobrze, pan poseł Wolski, bardzo proszę. Najwyżej pan przewodniczący Miller zabierze głos w dyskusji. Proszę bardzo, pan poseł Wolski.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Kwestia wspólnej walki z epidemią jest dynamiczna. Wiemy, że prognozy rozwoju sytuacji są bardzo niepokojące. W najbliższych miesiącach będzie pewnie kumulowanie się infekcji i COVID-u, który wbrew temu, co niektórym z nas wydawało się wiosną, że w okresie letnim miała być przerwa czy w znacznym stopniu wygaszenie zachorowań, zjawisko to nie nastąpiło. Epidemia trwa. Za bardzo nie ma pewnie uzasadnienia dla określenia „druga fala epidemii", bo ta epidemia de facto non stop trwa. Nie jest tak, że wygasła.

Liczba zachorowań przy zaledwie kilkunastu tysiącach testów na dobę utrwala się na poziomie 600 nowych infekcji więcej, a bywało i więcej. Nadchodzi sezon gryp, paragryp. Kulminacja tego wszystkiego nastąpi zapewne w najbliższych miesiącach, trudno wyrokować, ale zapewne w listopadzie, w grudniu. Z dużą dozą prawdopodobieństwa przejdzie to na początek przyszłego roku.

Służba zdrowia jest do tego nieprzygotowana. Słabo działała nawet bez epidemii, z którą mamy do czynienia. W tej chwili wydaje się, że przy obciążeniu kolejnymi zadaniami, czyli walką z epidemią, zdrowie publiczne będzie mocno zagrożone. Jest w Komisji dużo lekarzy praktyków, w tym ja. Czekamy na informacje na temat zamiarów, strategii walki.

Przerzucenie walki z COVID-em w znacznym stopniu na POZ wydaje się mocno niebezpieczne. Owszem, sanepid zostanie w znacznym stopniu odciążony. Sanepid od początku epidemii dzielnie walczył, natomiast de facto nie był wzmacniany ani kadrowo, ani laboratoryjnie. Działania, które nastąpiły, były opóźnione i miały zbyt małą skalę. W tej chwili w znacznym stopniu przerzuci się to na POZ. To są te słynne teleporady. To najpierw. Potem obowiązkowe badanie fizykalne poprzez lekarzy w POZ-ie.

Większość przychodni nie jest do tego przygotowana, nawet w sensie braku możliwości zrobienia prowizorycznej śluzy czy izolatki dla pacjentów, bo nie ma na to warunków lokalowych. Pewnie za chwilę pan minister rozwinie to, jak dalej będzie. Pacjenci będą w stanie zagrożenia, bo mają być parę dni w domu. Diagnoza, która ma być ewentualnie telefoniczna, według instrukcji ministra zdrowia ma być oparta na czterech czy łącznie już pięciu, objawach, a tylko kilka procent zakażonych pacjentów ma łącznie osiowe objawy. Reszta zakażonych tych formalnych kryteriów spełniać nie będzie.

Mamy sytuację, w której pan minister proponuje, żeby podzielić szpitale, a szpitale profilowe zmniejszyć. Inne szpitale mają mieć oddziały zakaźne. Nie wszystkie szpitale są do tego przygotowane. Pacjenci będą błąkali się od lekarza do izby przyjęć, najczęściej do SOR-u, który będzie ich przyjmował. Jest wiele pytań typu: Co z pacjentem po godz. 18.00? POZ działa do godziny 18.00, a w soboty i niedziele jest wolny. Nawet licząc te dni, 2, 4, 5 dni od teleporady… Co będzie działo się z tymi pacjentami, jeżeli to wypadnie

w sobotę, w niedzielę, kiedy POZ nie działa, a czasami jest jakieś państwowe święto? Jak w praktyce ma wyglądać nadzór nad tym pacjentem?

Na szczycie tego wszystkiego jest głęboki niedobór nie tylko lekarzy, ale i pielęgniarek. Przychodnie, które mogą zostać sparaliżowane wzięciem na siebie tylu obowiązków, do których nie są przygotowane, nie będą w stanie przyjmować pacjentów z innymi niż COVID chorobami. Już pomijam zamieszanie między grypą, paragrypą czy COVID-em, ale przypominam o pacjentach z innymi chorobami typu nadciśnienie tętnicze, zagrażające udary mózgu. Bardzo drastyczna jest np. sytuacja z pacjentami onkologicznymi. W wyniku COVID-u i ograniczenia działalności w innych sferach służby zdrowia badania po tylu miesiącach zaczynają spowalniać, rozpoznawanie chorób onkologicznych jest coraz późniejsze, a wiemy, z czym to się wiąże: wiele nowotworów można skutecznie leczyć przy drobnym warunku, czyli szybkiej diagnozie. To wszystko się spowalnia.

Wydaje się, że rozwiązania, które proponuje pan minister, znacznie pogorszą tę sytuację i nastąpi brak skutecznego leczenia pacjentów z rozwiniętym COVID-em, z przypadkami wymagającymi hospitalizacji, a na szczycie z tymi, którzy muszą być na OIOM-ach pod respiratorem. Coraz bardziej zagrażające pacjentom problemy zaczną narastać również w innych działaniach służby zdrowia.

To są te główne problemy. Zależałoby nam, żeby pan minister nas z nimi zapoznał. Ja deklaruję przedyskutowanie ich. Jestem czynnym lekarzem POZ-u. Na marginesie, bo być może pan minister tego nie wie, a wiedza praktyczna się przyda, nawet w poniedziałek za swoje 630,65 zł pensji na miesiąc przyjąłem 32 pacjentów. To jest naprawdę bardzo wiele. Mówię to jako praktyk z bardzo długim stażem pracy. Działając szybko, przed epoką komputerów, byłem w stanie przyjąć nawet o 15 pacjentów na godzinę więcej. Teraz w komputerze 10 to jest maksymalnie dużo. Nie mówię tego po to, żeby to krytykować, bo fakt, że mamy e-recepty, e-zwolnienia, naprawdę, szczególnie w okresie epidemii, jest dobrodziejstwem, ale też spowolnieniem. Jeżeli będą jeszcze narzucone dodatkowe obowiązki COVID-owe, przy i tak niewielkiej liczbie lekarzy rodzinnych będą wielkie kolejki, zapisy, lęk ze strony pacjentów dotyczący tego, czy bez COVID-u mają iść do przychodni i tam się zainfekować. Szykuje się spora liczba indywidualnych dramatów i zagrożenie dla zdrowia publicznego.

Przy okazji, na marginesie, bo ten temat będzie jeszcze dzisiaj podejmowany na obradach Sejmu, nie ma szczepionek na grypę. Do pana ministra, byłego szefa NFZ: program komputerowy… Do tej pory pacjenci seniorzy mieli mieć szczepionki za darmo. Już pomijam to, że ich fizycznie nie ma. System jakoś narzuca 100-procentową płatność. Trzeba tę płatność łamać, żeby apteka mogła wydać za darmo. Podobnie jest z refundacją 50-procentową, ale nie będę rozwijał tego, że również narzuca 100%, a to powinno być dawno zmienione. Skoro jest decyzja o refundacji, powinno być to uwzględnione w programie do obsługi e-recept. Część lekarzy, i wcale się nie dziwię, boi się tej ingerencji i piszą na 100%. Mówię to z bardzo czarnym humorem: recepty na 100% seniorzy nie są w stanie zrealizować, bo szczepionek po prostu nie ma. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Teraz oddaję głos panu ministrowi, a później będzie dyskusja. Bardzo proszę. Myślę, że w dyskusji jako pierwszy głos zabierze pan przewodniczący Miller. Proszę bardzo, panie ministrze.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Dziękuję bardzo, panie przewodniczący. Szanowni Państwo, zanim przejdę do przedstawienia nowej strategii, chciałbym odnieść się do zapytania sformułowanego przez pana posła. Wbrew obrazowi, który został przedstawiony przy użyciu pewnych faktów, które nie pokrywają się z rzeczywistością, służba zdrowia działa. To znaczy, że z pierwszą falą zachorowań, jeżeli tak ją nazwać, poradziliśmy sobie dzięki wysiłkowi całego personelu, dzięki zaangażowaniu lekarzy, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych i wszystkich innych zaangażowanych w walkę z pandemią. Oczywiście trzeba też tutaj wymienić ratowników medycznych.

Można powiedzieć, że porównując nas z innymi krajami w Europie, zarówno skala zachorowań, mówię tutaj o dziennej liczbie w przeliczeniu na 100 tys. obywateli, jak

i liczba zgonów, a to jest najważniejszy parametr, bo on mówi o dolegliwości pandemii w kraju, pokazują, że wysiłek medyczny i organizacyjny, który miał miejsce podczas pandemii, okazał się bardzo skuteczny. Liczba zachorowań nie stawia nas w tle liderów Europy, patrząc właśnie na całkowity przebieg pandemii. To samo dotyczy liczby zgonów. Można powiedzieć, że mamy najlepsze, najbardziej budujące wyniki w walce z pandemią. Tym chyba należy się chwalić. System od strony strukturalnej… Nie mieliśmy sytuacji, w której brakuje respiratorów, łóżek, mimo deficytu personelu, który zajmowałby się chorymi. Żadna z takich sytuacji się nie wydarzyła, więc obrazek jest nie do końca taki, jakim go przedstawił pan poseł.

Jeżeli popatrzymy na faktografię, okaże się, że rzeczywiście mieliśmy do czynienia z pewnym tąpnięciem działania służby zdrowia w pozostałych zakresach, które będą rzutowały na zdrowie publiczne w najbliższym okresie, ale był to okres, który według naszych danych ograniczył się do kwietnia i maja. Tutaj rzeczywiście mieliśmy tąpnięcia w zakresie świadczeń różnych usług, i specjalistycznych, i szpitalnych, i przyjęć na poziomie POZ.

Patrząc natomiast w skali skumulowanych ośmiu miesięcy, sytuacja nie wygląda źle. Jeżeli patrzymy np. na wydawanie kart DiLO, o których wspomniał pan poseł, to na poziomie POZ-u w sierpniu 2020 r. mieliśmy wydanych blisko 7 tys. kart DiLO, dokładnie 6799, podczas gdy w w sierpniu 2019 r., mówię tu o jednym miesiącu, tych kart zostało wydanych 6827. To jest parametr, który pokazuje, że jeżeli popatrzymy na skumulowane okresy, odbudowa po załamaniu, które miało miejsce w kwietniu i maju, oznacza, że w stosunku do poprzedniego roku różnice w świadczeniu usług medycznych nie są tak duże, jak podają różni paraeksperci, którzy mówią o załamaniu systemu.

Mieliśmy duże redukcje w kwietniu i w maju, natomiast i styczeń, i luty, jeszcze przed pandemią, a potem kolejne miesiące, czyli czerwiec i miesiące wakacyjne, stanowiły już miesiące odbudowy, która powoduje, że w przypadku wielu usług parametry porównywalne w stosunku do 2019 r. wcale tak dużo się nie różnią. Zajmując się np. rozliczeniem tego, jak będziemy rozliczali ryczałt w tym roku, bo przecież pewne limity, które w ramach ryczałtu są do wykonania, ze względu na załamanie w kwietniu i maju nie były realizowane, okazuje się, że już w pozostałych miesiącach tego roku limity ryczałtowe były nadwykonywane. W perspektywie ośmiu miesięcy mamy realizację ryczałtu na poziomie wynoszącym dokładnie… Może zapytam prezesa Nowaka.

P.o. prezes Narodowego Funduszu Zdrowia Filip Nowak:

Styczeń–lipiec to 80%.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

80%, więc to nie jest skala niewykonania, bo przypominam, że wykonanie na poziomie 98% powoduje, że kontrakt jest odnawiany na poziomie 100-procentowym. Przestrzeń do nadrobienia przez kolejne cztery miesiące to 20%, a średnio w poprzednich latach nadwykonania w ryczałcie, o ile można mówić o nadwykonaniach, stanowiły mniej więcej 3%.

Jeżeli więc przyjęlibyśmy zwyczajowe tempo, które było w poprzednich latach, to tę 20-procentową lukę, którą mamy teraz, trzeba będzie pomniejszyć o kolejne 12% nadrobione w kolejnych miesiącach, co oznacza, że jesteśmy w granicach 92%, a przyjęliśmy rozwiązanie, zostały zmienione regulacje, że wydłużymy okres rozliczeniowy o pół roku. Czyli daje to szpitalom i jednostkom medycznym ogromny komfort, jeżeli chodzi o lęk związany z brakiem możliwości odtworzenia kontraktu.

Trzecie zagadnienie, które, uważam, zadecydowało o stabilności sektora, to sytuacja finansowa. Jeszcze zanim pojawiły się tarcze w całej gospodarce, sektor ochrony zdrowia otrzymał swoją tarczę. Podmioty, które są objęte ryczałtem i pracują w… oczywiście dostawały ten ryczałt niezależnie od tempa wykonywania usług. Podmioty, które mają zawarte kontrakty, mogły skorzystać z systemu płacenia zaliczkowego, który nazywaliśmy przysłowiowo „jedna dwunasta”.

Oczywiście na poziomie POZ-ów przedmiotem rozliczenia jest stawka kapitacyjna, więc nie było takiego momentu, żeby mogło pojawić się zaburzenie płynności. We wszyst-

kich trzech poziomach świadczeniodawcy otrzymali takie możliwości finansowe, że stabilność ich działania ani przez chwilę nie była zagrożona.

Nie wspomnę już o tym, że jeśli patrzymy na wynik finansowy sektora zdrowia, to ze względu na dodatkowe środki, czy w formie dodatkowej opłaty za gotowość, czy *fee for service* za leczenie osób dotkniętych COVID-em, były dodatkowe nakłady, które trafiały do szpitali i poprawiały ich wynik finansowy. Wynik finansowy po kwietniu, maju był zdecydowanie lepszy niż w styczniu, lutym, niż w latach poprzednich.

Jeżeli więc chodzi o ogólny obraz sektora zdrowia, myślę, że, tak jak pokazuje to wykonanie ryczałtu, dziś rzeczywiście mamy obniżenie ilości świadczonych usług, ale w tej skumulowanej postaci nie jest to żadna dramatyczna redukcja. Ona jest rzędu 20%, i to raczej poniżej 20% niż 20%. Sektor zdrowia wielokrotnie już wykazywał potencjał do nadrabiania tego. Wszyscy państwo znacie dyskusje o nadwykonaniach. Ze strony finansowej system ma zagwarantowane stabilne finansowanie, tak naprawdę niezależnie od poziomu aktywności, który miał miejsce podczas COVID-u. Obrazek ogólny jest natomiast pozytywny.

Szanowni państwo, jeżeli chodzi o przebieg epidemii, to rzeczywiście otoczenie zmienia się. Wchodzimy w okres jesienny, który charakteryzuje się tym, że mamy dużo nachodzących zachorowań. To jest jedno z najbardziej charakterystycznych zjawisk okresu jesiennego, pojawiają się infekcje górnych dróg oddechowych, zachorowania na grypę. Te przypadłości i zachorowania niestety charakteryzują się tymi samymi objawami. Na poziomie podstawowych objawów są one nierozróżnialne. To był element, który jest nowy, inny w stosunku do tego, jak przebiegały zachorowania wiosenne, bo tam nie mieliśmy zjawiska nakładania się. To był już pierwszy z argumentów za tym, żeby nieco zmienić i dokonać pewnej reformulacji podejścia, które w walce z pandemią było do tej pory stosowane.

Tutaj pojawiły się jeszcze dodatkowe czynniki, które należało wziąć pod uwagę. Po pierwsze, więcej wiemy na temat koronawirusa. Cały czas nasza wiedza jest ograniczona, bo na początku pochodziła z obserwacji tego, co działo się w Chinach, a wszyscy doskonale wiemy, że informacji, które stamtąd otrzymywaliśmy, nie mogliśmy traktować jako wiarygodne, ale przez pół roku nasze służby, mam tu na myśli działania głównego inspektora sanitarnego, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, ekspertów i konsultantów krajowych, szczególnie w dziedzinie chorób zakaźnych, kumulowały wiedzę. Zbieraliśmy doświadczenia, co pozwala nam troszkę inaczej podejść do walki z pandemią.

Największą zmianą w filozofii jest to, że nie stosujemy już narzędzi, które są totalną obroną przed koronawirusem. Najlepszym przykładem takiego podejścia był lockdown i robienie kompletnego zamknięcia kraju w ramach realizacji taktyki czy strategii obrony totalnej. Teraz przechodzimy do strategii, która ma proponować działania celowane, czyli nie takie, które dotyczą skali całego kraju, tylko takie, które są dopasowane do regionów, w których pojawiają się ogniska.

Dlatego zaproponowaliśmy takie podejście, które oparte jest na poziomie powiatowym. Strefy, które definiujemy w tym podejściu, mają charakter powiatowy. W zależności od tempa rozwoju zachorowań w tych strefach definiujemy obszary najbardziej zagrożone, czyli czerwone, mniej zagrożone, czyli żółte, i te, których nie należy traktować jako poważne zagrożenie. To są obszary zielone. Jak być może państwo wiecie, ostatnia nasza analiza na terenie powiatowym wykazała, że w kraju nie ma żadnej czerwonej strefy. O ile dobrze pamiętam, mamy tylko trzy strefy żółte, więc charakterystyczny element nowej strategii jest taki, że nie mówimy o działaniach w skali całego kraju, tylko o działaniach na skali powiatowej. Po to są te strefy, żeby proponować działania celowane, które są celowane w regiony, gdzie pojawiają się ogniska i gdzie jest większe ryzyko rozprzestrzeniania się zakażeń.

Naturalnym drugim elementem w takim podejściu jest to, że skoro różnicujemy te stany czy ryzyko zagrożenia w poszczególnych powiatach, to dobieramy też inne narzędzia reakcji. Te narzędzia są nie tylko celowane, ale także różnicowane pod względem reagowania na środki. Nie strzelamy od razu z armaty, tylko staramy się precyzyjnie strzelać amunicją dobraną do tego, z jakim celem mamy do czynienia. To podejście, które nazywamy inteligentnym podejściem do zwalczania epidemii, tak jak powiedziałem,

bazuje na tym, że wiemy więcej, że potrafimy lepiej diagnozować zjawisko, że musimy odejść od strategii ogólnokrajowych działań, o których wiadomo, że są nieefektywne w tym sensie, że robią dużo tzw. efektu zewnętrznego, czyli dotykają też tych, którzy nie byli narażeni na działanie wirusa. Koszty takich działań są oczywiście potężne, więc z tyłu głowy przyświeca nam efektywność.

Kolejnym ważnym elementem jest to, że nie realizując strategii totalnej obrony, staramy się mierzyć zyski i straty, które wynikają z podejmowanych decyzji, czyli nie wprowadzamy czegoś, co za wszelką cenę broni nas przed ryzykiem zakażeń, ale staramy się mierzyć i ważyć plusy i minusy, które są związane z podejmowanymi decyzjami.

Myślę, że najlepszym przykładem jest zagadnienie pójścia dzieci do szkół. Oczywiście mamy tutaj potencjalny koszt w postaci zwiększonego ryzyka zakażeń w populacji, ale też podejmowanie decyzji, która oznaczałaby zostawienie dzieci w szkole, ma swoje koszty, o których coraz częściej mówią psycholodzy i psychiatrzy. Zgodnie z prowadzonymi badaniami konsekwencje izolowania czy odosobnienia są dla dzieci najgorsze w tym sensie, że jest to grupa wiekowa, która ponosi największe konsekwencje. Oni w największym stopniu wymagają grupy rówieśniczej do tego, żeby rozwój był niezaburzony, żeby wszystko odbywało się w ramach normalnego procesu dojrzewania. Tak że liczenie kosztów i strat oznacza też kalkulację ryzyka i tego, czy decyzje, które podejmujemy, przynoszą więcej kosztów czy korzyści. W tej kalkulacji będziemy podejmowali decyzje, które wyglądają na odważniejsze w stosunku do tych, które podejmowaliśmy jeszcze pół roku temu czy trzy miesiące temu.

Podsumowując filozofię i problem, z jakimi mamy tu do czynienia: mamy zmianę charakteru pandemii, nakładanie się z innymi zachorowaniami, w tym z sezonem grypowym. Po drugie, staramy się działać w ramach strategii celowanego działania od obranej skali. Po trzecie, ważymy ryzyko, czyli nie tylko patrzymy na decyzje pod kątem kryterium obrony przed zwiększeniem liczby zakażeń, ale uwzględniamy również, jakie konsekwencje decyzje takie niosą dla gospodarki, otoczenia społecznego i generalnie dla funkcjonowania kraju.

Przy tak sformułowanych założeniach pierwszym krokiem po objęciu urzędu było sformułowanie nowej strategii, czyli nowego pakietu działań, które będziemy konsekwentnie realizowali w najbliższych dniach, tygodniach. Oczywiście już ten pakiet realizujemy. To, co wynika z naszych założeń, to w pierwszej kolejności zmiany organizacyjne, których celem jest również zwiększenie efektywności zasobów infrastrukturalnych i ludzkich.

Nauką płynącą z powołania sieci szpitali jednoimiennych było to, że na początku przestrzeliliśmy tę infrastrukturę. W momencie apogeum istnienia szpitali jednoimiennych mieliśmy 22 jednostki, których obłożenia monitorowaliśmy na poziomie 20–30%. Gdy zredukowaliśmy infrastrukturę i epidemia trochę przyspieszyła, oczywiście wskaźniki obłożenia były większe, ale nadal dawały duże poczucie bezpieczeństwa, bo przestrzeń do dodatkowego obciążenia nadal istniała.

Pojawił się inny problem. W szpitalach jednoimiennych kadra zaczęła uciekać. To trzeba sobie powiedzieć wprost. Nie działo się tak dlatego, że lekarze i pielęgniarki przestraszyli się COVID-u, tylko dlatego, że bezczynność i brak zajmowania się przypadkami i rozwoju własnych umiejętności stanowiły zagrożenie. Woleli iść do szpitali, gdzie operacje realizowane są w normalnym trybie. Ręka chirurga również musi być trenowana i uczona. Dlatego pojawiły się problemy i jednym z pierwszych postulatów dotyczących zmian organizacyjnych, jakie zaproponowaliśmy, było zastąpienie sieci, na którą na koniec składało się 19 szpitali jednoimiennych, 9 szpitalami wysokospecjalistycznymi, które nie mają już rygoru wyłączności zajmowania się COVID-em.

Szpitale te otrzymują finansowanie na całokształt infrastruktury, którą posiadają, ale nie oznacza to, że muszą przeznaczać wszystkie łóżka na walkę z COVID-em. Jest to ucieczka od zagrożenia, które było związane z odpływem kadry. Jednocześnie w bardziej efektywny sposób będziemy wykorzystywali tę infrastrukturę, bo nie będziemy już mieli sytuacji 30-procentowego obłożenia, co oznacza, że 70% infrastruktury stoi niewykorzystane. Jeżeli chcemy teraz zwiększać dostępność i nadrabiać deficyt zdrowotny, o którym w początkowej wypowiedzi mówił pan poseł, musimy elastycznie zarządzać dostępnością infrastruktury.

Oprócz poziomu trzeciego, czyli szpitali wysokospecjalistycznych, powołaliśmy jeszcze dwa pierwsze poziomy. Poziom pierwszy dotyczy szpitali powiatowych i tworzonych tam izolatek. Poziom drugi to szpitale albo oddziały zakaźne, bo w tych szpitalach, które przestały być jednoimienne, tworzone są oddziały zakaźne. Sieć szpitali zakaźnych też jest więc realnie powiększona i istnieje założenie, że jest elastyczność jej wykorzystania, bo COVID nie będzie jedyną chorobą zakaźną, z którą, szczególnie w okresie jesiennym, będziemy mieli do czynienia.

Patrząc na kolejne zmiany organizacyjne, które zaproponowaliśmy, przyświecało nam zwiększenie zdolności do testowania. Zarówno w wymiarze pewnej infrastruktury, w której można pobrać wymaz, jak i w samym potencjale przeprowadzania badań. Prowadzimy dwa strumienie. Po pierwsze, rozbudowujemy sieć mobilnych punktów wymazowych, czyli tzw. *drive-thru*. Według najnowszych danych, które posiada NFZ, w tej chwili mamy 343 punkty, co oznacza, że w ciągu dwóch tygodni zwiększyliśmy to o 75 punktów i nie jest to tylko zmiana, która zagęszcza sieć dostępową. Wprowadziliśmy takie możliwości również poprzez produkty rozliczeniowe, które oznaczają, że punkty te są czynne nie tylko przez dwie godziny. Do tej pory 91% punktów było czynnych tylko przez dwie godziny. Zaproponowaliśmy, żeby ten czas był wydłużony do czterech i więcej godzin. Teraz mamy więc gęstszą sieć, która czynna jest dłużej.

Jeżeli chodzi o kwestię wydolności infrastruktury do przeprowadzania badań, stale to monitorujemy. Oczywiście działamy w taki sposób, żeby infrastruktura stale się powiększała. Kolejne laboratoria dostają certyfikat od ministra zdrowia. Certyfikat jest gwarancją tego, że badania są wykonywane w odpowiedni jakościowo sposób, bo zapewnienie jakości jest dla nas szalenie ważne.

W tej chwili oceniamy, że wydolność testowania wynosi mniej więcej 50–60 tys. badań. Jak państwo wiecie, w tej chwili liczba badań waha się, w zależności od dnia, w przedziale 15–25 tys., co oznacza, że cały czas mamy dużą przestrzeń i póki co nie widzimy ogromnego ryzyka, by nasza wydolność była niewystarczająca. Badania zwiększamy nie tylko poprzez infrastrukturę i sieć laboratoriów, ale także poprzez wprowadzenie nowych form badania. Wprowadzamy tzw. testy antygenowe, ale o tym powiem więcej w ramach strategii testowania.

Jeśli chodzi o zmiany organizacyjne wynikające z przyjętych założeń nowej strategii jesiennej walki z koronawirusem, kolejnym ważnym zagadnieniem jest włączenie podstawowej opieki zdrowotnej do zlecania testów pacjentom. Podkreślam, że chodzi o zlecanie testów, a nie dźwiganie ciężaru leczenia bądź sanitarnego prowadzenia pacjentów. To jest zła interpretacja, tendencyjne manipulowanie faktami. Lekarze rodzinni dostali prawo, a nie obowiązek, zlecenia testu w sytuacji, gdy mają podejrzenie, że pacjent jest chory na koronawirusa. To jest prawo, a nie obowiązek. Co więcej, jest to prawo, o które lekarze rodzinni ubiegali się od wiosny tego roku. Jedyną rzeczą, która może nie być zgodna z oczekiwaniami lekarzy rodzinnych, jest to, że zdecydowaliśmy się na wymóg badania fizykalnego przed zleceniem testu i wymóg ten jeszcze złagodziliśmy, bo w przypadku pięciu, jak nazwał je pan poseł, osiowych objawów można zlecić ten test przez teleporadę.

Dlaczego tak zrobiliśmy? Przede wszystkim po to, żeby lekarze rodzinni mieli narzędzie rozróżnienia infekcji grypowej od zachorowania na koronawirusa. Obie te przypadłości mają takie same objawy i nie ma innej metody obiektywnego zweryfikowania, czy mamy do czynienia z grypą czy inną infekcją górnych dróg oddechowych, jak poprzez zlecenie testu. Jest to więc danie pewnego narzędzia, które w kontekście fali zachorowań na infekcje i grypy, która pojawi się jesienią, ma pozwolić selekcjonować pacjentów. Jeżeli test jest pozytywny, to tu kończy się rola lekarza rodzinnego, a zaczyna rola lekarza zakaźnika. To on będzie zlecał izolację i prowadził pacjenta. Jedynym obowiązkiem lekarza rodzinnego, ale to jest obowiązek wynikający z opieki nad populacją, która jest przypisana do jego list, jest monitorowanie tego, co się z nim dzieje już podczas zleconej kwarantanny bądź izolacji. Lekarz rodzinny nie podejmuje jednak decyzji o zwolnieniu z kwarantanny lub izolacji, lecz tylko i wyłącznie o ewentualnym przedłożeniu, jeżeli widzi taki ryzyko.

Dostarczyliśmy również narzędzia. Jest aplikacja gabinet.gov.pl, która pozwala lekarzom rodzinnym na zlecanie testów. Cały obieg jest więc zelektronizowany. Pojawiają się oczywiście głosy, że nie wszyscy mają tę aplikację, bo korzystają ze swoich aplikacji gabinetowych, ale aplikacja ta jest ogólnie dostępna. Jedyny dyskomfort, który może się pojawiać, polega na tym, że trzeba wylogować się ze swojej aplikacji gabinetowej i zalogować do aplikacji publicznej, ogólnodostępnej. Pracujemy oczywiście nad przygotowaniem specyfikacji, która dostawcom gabinetowych aplikacji pozwoli stworzyć tzw. specjalne interfejsy, które automatycznie będą komunikowały się z tym rozwiązaniem.

Ostatnia ze zmian organizacyjnych, które proponowaliśmy w jesiennej strategii walki z pandemią, to próba nadrobienia pewnych zaległości organizacyjnych, które istnieją w inspekcji sanitarnej. Inspekcja sanitarna jest najważniejszym elementem walki z pandemią. Trzeba to sobie jasno powiedzieć. Jej zaniedbania, które były w poprzednich latach, doprowadziły do tego, że wydolność organizacyjna nie jest taka, jakiej byśmy oczekiwali i jakiej byśmy chcieli. Natomiast używanie argumentu, że nic w tej kwestii nie jest robione, uważam za skandaliczne nadużycie.

W sanepidzie realizowany jest teraz proces, który dotyczy wyposażenia w komputery, podwyższenia wynagrodzeń od początku tego roku o 500 zł. Pan premier Morawiecki wyraził zgodę, żeby w przyszłym roku podwyższyć wynagrodzenia tych ludzi. Jest to prawdopodobnie jedyna publiczna, cywilna instytucja w całym kraju, która w przyszłorocznym budżecie ma zagwarantowany wzrost o 195 mln zł, m.in. z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń. Sytuacja wynagrodzeniowa i infrastrukturalna, która dotyczy wyposażenia organizacji w komputery, ruch, który miał na celu spionizowanie, czyli poddanie większemu nadzorowi głównego inspektora sanitarnego tego, co dzieje się w administracji zespolonej, która podlega administracyjnie wojewodom, to wszystko są ruchy fundamentalnie zmieniające położenie.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, bardzo proszę.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

To są fundamentalne ruchy i myślę, że po mojej wypowiedzi pan minister Pinkas w większych szczegółach przedstawi, jak wygląda sytuacja. Chciałbym też państwu powiedzieć, że w ramach strategii będziemy chcieli zelektronizować obieg zgłoszeń, o których w związku z ryzykami obywatele informują lokalne sanepidy. Będziemy robili centralną infolinię, która na takiej zasadzie, jaka panuje w NFZ-ecie, te infolinie będą zresztą zintegrowane, pozwoli zgłosić swoje ryzyko zakażenia, a następnie przy użyciu systemu informatycznego rozdysponować to do odpowiedniej inspekcji sanitarnej i monitorować status zgłoszenia, czyli oddzwonić, a na początku zebrać podstawowe informacje. W znaczący sposób odciąży to inspektorów od ciągłego odbierania telefonów i pozwoli im skoncentrować się na prowadzeniu tych dochodzeń epidemicznych, które są ich głównym zadaniem. To są najważniejsze zmiany organizacyjne, które przewidujemy w strategii. Są one systematycznie realizowane.

Jeśli mowa o organizacji szpitali, to wszystkie polecenia dotyczące organizacji trzech poziomów zostały wydane zarówno przez ministra zdrowia, jak i przez wojewodów, więc proces formalny w zasadzie jest zakończony. O ile pamiętam, wszystkie te polecenia zaczynają działać od piętnastego. Dziś jesteśmy więc w pierwszym dniu funkcjonowania nowej, antycovidowej sieci szpitalnej.

Drugie zagadnienie, które objęliśmy strategią, to strategia testowania. Opierając się na przesłankach, o których mówiłem na wstępie, postawiliśmy sobie dwa cele, dokonując również przeglądu rozwiązań, jakie funkcjonują w Europie. Pierwszym celem jest skoncentrowanie systemu testowania na pacjentach objawowych. To jest dosyć duża zmiana w stosunku do tego, co realizowaliśmy wcześniej. Wynika ona z kilku faktów. Po pierwsze, strategia opierania testowania na analizie ryzyka, niezależnie od liczby testów, czy to było 15 tys., czy w porywach 30 tys., na początku dawała nam wyniki testów na pozio-

mie 3%, a potem wyniki spadały poniżej 2%. Jest to więc mało celowana strategia, kiedy opieramy się na ryzyku i testowaniu… Przepraszam?

Poseł Paulina Hennig-Kloska (KO):

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Ale co „z ilu do ilu"?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, proszę. Kiedy będą pytania, pani poseł będzie mogła o to pytać. Nie przeszkadzajmy panu ministrowi. Naprawdę, bardzo proszę.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Najważniejszą przesłanką, żeby prowadzić bardziej celowaną strategię badań, jest to, że ich trafialność była bardzo niewielka niezależnie od liczby badań. Powtórzę, ona wynosiła na początku 3%, a jak poszerzaliśmy kryteria ryzyka, spadła poniżej 2%. Są to więc liczby stosunkowo małe, niemniej jednak oczywiście cały czas cała struktura sanepidu będzie prowadziła dochodzenia na podstawie ryzyka. Tam również przeprowadzała testowanie, bo mamy pewne rozdzielenie. Jeżeli chodzi o sieć laboratoriów, z którymi NFZ ma podpisane umowy, to jest to właśnie ta sieć, która ma być dedykowana pacjentom objawowym, a sieć laboratoriów sanepidowskich zajmuje się tym, czym jest analiza ryzyka, bo to jest pewien element, który występuje w zgłoszeniach, w prowadzeniu dochodzeń epidemicznych.

Niemniej jednak chroniąc osoby, które są najbardziej narażone na konsekwencje COVID-u, a jak wiemy, dotyczy to osób z wielochorobowością i osób w zaawansowanym wieku, zdecydowaliśmy się, że wszyscy, którzy przechodzą chorobę najciężej, czyli wszyscy, którzy są w hospicjach, w ZOL-ach, w DPS-ach, którzy będą tam trafiali, będą mieli możliwość przeprowadzenia testów niezależnie od braku objawów. Dotyczy to również osób, które wyjeżdżają na turnusy leczenia uzdrowiskowego lub osób w rehabilitacji uzdrowiskowej. Mamy więc strategię, w której koncentrujemy się na badaniu czy testowaniu pacjentów objawowych, ale jednocześnie mamy specjalne grupy ryzyka, które chronimy swobodnym dostępem do testowania.

Bardzo ważnym zagadnieniem, o którym już wspominałem, jest wykorzystanie szybkich testów, w tym testów antygenowych przede wszystkim na SOR-ach, ale i na izbach przyjęć. Wiemy, że mamy tu do czynienia z dużym ruchem. Warto wspomnieć, że jednym z argumentów, który przemawiał za tym, że lekarze rodzinni muszą mieć możliwość zlecenia testu, było to, że brak takiego instrumentu może oznaczać kierowanie wszystkich pacjentów na SOR, co w dobie jesiennych zachorowań na grypę, a przypominam, że możemy mieć dziennie nawet pół miliona pacjentów zgłaszających się do POZ-u, bo takie mieliśmy kumulacje wizyt... Nie wyobrażamy sobie sytuacji, żeby nie mając tego narzędzia, lekarze rodzinni kierowali wszystkich pacjentów na SOR. Byłoby to zawałem dla całego systemu.

Obszar, który dotyczy strategii testowania, jest obszarem drugim. Obszarem trzecim są działania prewencyjne. Tutaj mamy niekoniecznie nowe zagadnienie, czyli stosowanie reguły DDM, czyli dezynfekcja, dystans i maseczki. Nadal są to bardzo realne mechanizmy, które w różnych krajach i u nas pozwalają hamować rozwój pandemii. Bardzo ciekawe jest też spostrzeżenie, że w modelach, które stosujemy w symulacji przebiegu pandemii, jest to parametr, który jest bardzo wrażliwy na przebieg pandemii w kraju. Jeżeli dyscyplina w stosowaniu tych narzędzi jest większa, rozwój pandemii we wszystkich modelach i symulacjach jest łagodniejszy, a jeżeli reżim dyscypliny jest zmniejszony, pandemia natychmiast rozwija się w bardziej dynamiczny sposób i stwarza większe zagrożenie dla zdrowia populacyjnego.

Kolejnym zagadnieniem są szczepienia. Mówię właśnie o obszarze działań prewencyjnych. Jako Polska jesteśmy trochę w niekorzystnej sytuacji, bo mechanizm dostarczania szczepionek na rynek jest taki, że producenci czy dostawcy analizują dokładnie sytuację, jaka była w poprzednich latach i na tej podstawie podejmują decyzję o wstępnej alokacji szczepionek na poszczególne rynki.

Chcę powiedzieć, że w zeszłym roku szczepieniu poddało się półtora miliona osób. Półtora miliona osób to mniej niż zakładaliśmy, bo musieliśmy zutylizować 100 tys. szczepionek. Półtora miliona to mniej więcej 4% populacji. Oczywiście zwiększenie podaży na polski rynek w tej chwili jest trudne, bo producenci i dostawcy identyfikują nasz kraj na tle Europy jako ten, który jest objęty większym ryzykiem biznesowym, bo poziom świadomości i wszczepialności jest mniejszy.

To, co do tej pory udało nam się zrobić, to zwiększenie liczby półtora miliona do dwóch milionów. Działania pana ministra Miłkowskiego doprowadziły do tego, że w tej chwili mamy bardzo dokładnie rozłożony, rozpisany do końca grudnia harmonogram dostaw do aptek, hurtowni, dostawców, odbiorców instytucjonalnych. Tak jak powiedziałem, w drodze jest dokładnie 1850 tys. zakontraktowanych szczepień. To więcej niż w poprzednim roku, ale z naszego punktu widzenia liczba ta jest cały czas niewystarczająca.

W poniedziałek w tym tygodniu razem z panem ministrem Miłkowskim i prezesem Agencji Rezerw Materiałowych zorganizowaliśmy spotkanie z przedstawicielami dostawców trzech najważniejszych szczepionek do Polski. Staraliśmy się uzyskać deklaracje, na ile dodatkowych szczepionek możemy liczyć. Przypomnę, że sytuacja na rynku międzynarodowym jest taka, że wszyscy zaczynają się licytować, kto da więcej, żeby te szczepionki otrzymać. Zdecydowaliśmy się na złożenie konkretnej oferty. Agencja Rezerw Materiałowych wystosowała zapytanie ofertowe do tych producentów i do innych przedstawicieli firm farmaceutycznych. Do 17 września będziemy zbierali oferty i będziemy wiedzieli, potencjalnie o ile więcej ponad 2 miliony szczepień uda nam się sprowadzić. Bardzo liczymy, że tę liczbę powiększymy przynajmniej o pół miliona, ale jest jeszcze za wcześnie, żeby mówić o ostatecznej deklaracji, bo nic tak dobrze nie działa na rynku, jak złożenie konkretnej oferty. Mamy nadzieję, że właśnie konkretna oferta Agencji Rezerw Materiałowych będzie argumentem, który pozwoli przyciągnąć szczepionki na polski rynek.

To są trzy podstawowe obszary, które są w strategii. Jeżeli chodzi o to, co jeszcze strategia zawiera, zdajemy sobie sprawę z tego, że funkcjonujemy w dynamicznym otoczeniu. Otoczenie się zmienia, dlatego strategia z założenia ma być tzw. żyjącym dokumentem. Będziemy stale ją aktualizowali wraz z pojawiającymi się wnioskami czy doświadczeniami. Doceniamy również bardzo ważną wartość komunikacyjną. W strategii na tę chwilę proponujemy osiem schematów, które na zasadzie algorytmu pokazują, jak ma poruszać się pacjent w sytuacji, w której się znajduje.

Znajduje się tam m.in. podstawowy schemat pacjenta, który ma dolegliwości charakterystyczne dla okresu jesiennego i zimowego i przy użyciu teleporady zgłasza się do lekarza. Potem, w zależności od tej oceny, którą w czasie teleporady będzie przeprowadzał lekarz, ma 3–5 dni izolowania, czyli odosobnienia. Jeżeli objawy się utrzymują i jest konieczność zlecenia testu, to trzeba pacjenta obejrzeć. Stąd konieczność badania fizykalnego. Czyli mimo badania i tak w każdym przypadku zaczynamy od teleporady, co jest elementem gwarantującym w miarę wysokie bezpieczeństwo pacjenta.

Może nie będę w szczegółach opowiadał o pozostałych schematach. Myślę, że skończę, jeśli chodzi o prezentowanie strategii jesiennej walki z koronawirusem. Przy okazji jej przedstawiania starałem się pokazać państwu, w którym miejscu jesteśmy, zarówno w temacie, który wydaje się interesujący dla wszystkich, czyli temacie szczepień, ale też w temacie działań organizacyjnych, które przedstawiłem.

Jeśli można, zanim przejdziemy do pytań, poprosiłbym jeszcze pana ministra Miłkowskiego o przedstawienie kilku nowych informacji o tym, jak dokładnie wygląda sytuacja ze szczepionkami.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Oczywiście. Przy okazji chciałbym podziękować panu ministrowi za bardzo szczegółowe i wnikliwe przedstawienie sprawy. Wszystkim państwu dziękuję za cierpliwość, ale wydaje mi się, że sprawa wymaga bardzo dogłębnego przedstawienia problematyki. Bardzo proszę, panie ministrze.

Podsekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Maciej Miłkowski:

Pan minister przedstawił właściwie wszystko, co istotne. Jak państwo wiecie, system refundacyjny jest realizowany na wniosek podmiotów odpowiedzialnych i to one zgłaszają chęć refundacji. W tym roku ze względu na okres COVID-u i grypy zwiększyliśmy wskazania refundacyjne dla pacjentów, jednocześnie rozmawiając z firmami o tym, że bardzo istotnym czynnikiem, elementem do negocjacji firm ze swoimi centralami jest to, aby znacząco zwiększyć ilość dostarczanych szczepionek. Inne elementy dla central tych firm nie są istotne.

Jest bardzo ważna deklaracja państwa, że szczepienia są ważne i są finansowane przez państwo, w tym częściowo w całości dla osób 75+. Dodatkowo ustaliliśmy, że dla personelu medycznego jako grupy najbardziej potrzebującej będzie to bezpłatnie realizowane przez NFZ jak świadczenie zdrowotne finansowane przez NFZ ze szczepionki albo zakupionej przez podmioty lecznicze, które już dokonały takich zakupów, bo część kupiło, albo ze szczepionki zakupionej przez ministra zdrowia. Zakupiliśmy takich szczepionek 114 tys. i tę grupę zabezpieczyliśmy.

Pan minister powiedział, że staramy się jeszcze zwiększyć ilość szczepionek, występujemy na rynku komercyjnym, próbujemy dokupić szczepienia dla naszych obywateli. Zdarzy się to w najbliższym czasie. Wiem, że mamy już deklaracje dostaw na październik br., tak że będziemy analizowali sytuację. Dodatkowe informacje będą przekazane najprawdopodobniej dzisiaj i jutro. Analizowaliśmy, jak wygląda sytuacja w zakresie szczepień przez ostatnie dwa tygodnie.

Najprawdopodobniej dokonamy obwieszczenia reglamentacyjnego, co jest oczywiście zasadne, ale bardzo zdziwiliśmy się, że pacjenci mają przypisywane przez lekarzy po dwie, trzy, do 25 szczepionek na jedną osobę. To jest zdecydowanie za dużo, niezgodnie ze wszystkimi wytycznymi. To jest niebezpieczne dla pacjenta, tak że liczbę szczepionek na jednego pacjenta będziemy ograniczali tylko do jednej, bo jedna wystarczy do zaszczepienia się personelu. Takie decyzje podejmujemy. Okres szczepień jest do końca roku, tak że mamy jeszcze dużo czasu, bo główny okres grypowy to zawsze styczeń-marzec. Wytyczne są więc takie, że do końca roku można na grypę szczepić.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. To wszystko, w takim razie otwieram dyskusję.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, po kolei. Są inne osoby, a pan już zabierał głos. Pan przewodniczący Miller, bardzo proszę.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Na wstępie chciałem państwa przeprosić za moje spóźnienie. Wracałem z sali, gdzie były głosowania.

Panie ministrze, panie przewodniczący, szanowni państwo, dziękuję za tak pełną informację, której udzielił dziś pan minister. Celem dzisiejszego posiedzenia Komisji jest udzielenie informacji na temat zagrożenia, jakim może być druga fala COVID-19. Z czego wynika nasz niepokój? Nasz niepokój wynika z oceny, że zarówno rząd, jak i Ministerstwo Zdrowia nie były przygotowane do pierwszej fali pandemii, o czym mówiliśmy w lutym, na posiedzeniu Komisji Zdrowia, na które musieliśmy czekać dwa tygodnie. To, że będzie COVID, minister zdrowia, jak i pan premier Morawiecki zapowiadali już w styczniu. W związku z tym nasz niepokój budziła konieczność lockdownu na skutek nieprzygotowania Ministerstwa Zdrowia i rządu, który to lockdown przyniósł olbrzymie straty gospodarcze dla naszego kraju.

Panie ministrze, pan jest od niedawna i liczymy na to, że organizacja i programy, które pan przedstawia, będą skuteczne. Oczywiście ocenimy je za parę miesięcy. Chciałbym państwu natomiast przypomnieć, że kiedy rozmawialiśmy o zagrożeniu COVID-em, usłyszeliśmy, że lepiej, żebyśmy sobie lód w majtki wsadzili. Przepraszam, ale to nie moje określenie. Na dzień 5 marca, kiedy mieliśmy posiedzenie Komisji Zdrowia zwołane przy

okazji posiedzenia Sejmu zainicjowanego przez pana prezydenta Andrzeja Dudę, w Polsce było zrobionych 390 do 500 testów, a według informacji z Ministerstwa Zdrowia były tylko dwa laboratoria, w Warszawie, które wykonywały testy dla całej Polski.

Dzisiaj ta ilość zwiększyła się, ale mamy zastrzeżenia tego typu, że nadal jesteśmy na 23. miejscu na 27 krajów w UE, jeżeli chodzi o liczbę wykonywanych testów. Uważamy, że proporcja wykrytych zakażeń jest proporcjonalna do wykonanych testów. Do dzisiaj wykonano 2 000 998 testów, czyli wychodzi ok. 79 tys. na milion mieszkańców. Prześciga nas nawet Litwa, która ma wykonane 257 tys. testów na milion mieszkańców. Obawiamy się o to, jak będzie wyglądał rezultat pana zarządzenia, które mówi o tym, że osoby, które przebywają na kwarantannie, pod koniec kwarantanny nie będą musiały mieć wykonanych testów. Obawiamy się, że osoby bez objawowych przebiegów koronawirusa będą źródłem kolejnego zakażenia.

Mamy również pytania, jak państwo planujecie… Bardzo cieszę się, że punktów *drive-thru* będzie znacznie więcej. To, co zrobiliście państwo na Śląsku, czyli badania przy dużych zakładach pracy, wykazało jednak, że większa liczba wykonywanych testów wykazuje, że tych zakażeń jest więcej. Jako państwo mamy szczęście, o czym mówią już naukowcy, że skutek przechorowania koronawirusa w Polsce jest mniejszy niż w innych krajach, zwłaszcza krajach Europy Zachodniej, ze względu na to, że jako populacja jesteśmy bardziej odporni ze względu na obowiązkowe szczepienia przeciwko gruźlicy. To jest nasze szczęście.

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Poseł Rajmund Miller (KO):

Proszę mi nie przeszkadzać. Takie doniesienia były i były potwierdzone, jeśli chodzi o skutki, w zachodnich Niemczech i byłym DDR-ze.

Panie ministrze, w związku z tym mamy pytania. Uważam, że bardzo dobrym krokiem jest likwidacja części szpitali jednoimiennych i stworzenie oddziałów przy szpitalach powiatowych, ale mam pytanie. To są zwykle szpitale samorządowe. Czy w związku z tym ministerstwo zaplanowało również dofinansowanie szpitali samorządowych i samorządów w tym względzie? Jeśli chodzi o zabezpieczenia przeciwcovidowskie, restrykcje pozostały te same, w związku z tym szpitale te będą ponosiły dodatkowe koszty.

Jeszcze raz powtarzam słowa po specjalistach od epidemiologii, którzy niestety mówią, że im mniej testów, tym mniej ujawnionych zakażeń. Mówicie państwo o 3–4% skuteczności testów genetycznych, które zostały wykonane. Chciałbym, żeby odnieśli się państwo do tego, kto kontroluje te testy, jaka jest ich jakość, gdzie są kupowane i jak są przechowywane. W sensie skuteczności bardzo istotne jest, żeby testy były aktywne.

Zajmujecie się państwo nie tylko skutkami pandemii czy zachorowalnością na COVID-19, więc chyba najważniejszym problemem, jaki stoi przed Ministerstwem Zdrowia, jest to, jak jesteście państwo przygotowani pod względem finansowym w aspekcie nowej ustawy budżetowej do tego, że wpływy do NFZ będą znacznie mniejsze. Wpływają tam pieniądze ze składek zdrowotnych, a COVID spowodował, że ileś osób straciło pracę.

Również w aspekcie przebiegu COVID-u istotne jest to, co było prawidłowym działaniem rządu, i my to popieraliśmy, czyli pomoc dla zagrożonych w tym czasie przedsiębiorstw. Duża liczba przedsiębiorstw była zwolniona z opłacania składek na okres ok. trzech miesięcy. Jak państwo macie to wyliczone i jak macie zamiar dać sobie radę w przyszłym roku z opieką zdrowotną, również w aspekcie tego, o czym mówił pan minister, czyli tego, że szpitale będą musiały rozliczyć niewykonania do kwietnia i niektóre prawdopodobnie będą musiały zwrócić środki? Przypominam, że 80% kosztów szpitali to koszty stałe, czyli nie koszty związane z procedurami medycznymi, tylko koszty utrzymania szpitali. W jakiej sytuacji znajdą się jednostki służby zdrowia, kiedy procedury będą inaczej kontraktowane?

Następne pytanie jest właśnie takie. Szpitale nie z własnej winy nie wykonały pewnych procedur. Kontrakty podpisywane są na podstawie wykonanych procedur z poprzedniego roku. Czy będziecie państwo podpisywali kontrakty na podstawie wykonań z 2019 r., czy będziecie brali pod uwagę wykonania z 2020 r.? Jeżeli nałoży się konieczność zwrotu

środków za 2020 r. plus zmniejszenie wysokości kontraktów na 2021 r., to niestety przewidujemy, że szpitale znajdą się w naprawdę trudnej sytuacji, zwłaszcza że – jak pan minister wie – zastał pan sytuację taką, że w 2019 r. szpitale w Polsce były zadłużone na ok. 15 mld zł, z czego 2 mld zł to płatności wymagalne. Martwi nas to, jak będzie wyglądała sytuacja szpitali w 2021 r. Dziękuję. Nie będę już przedłużał. To są pytania, które do pana mamy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Widzę państwa zgłoszenia, jest kilka zgłoszeń. Zaraz udzielę głosu, ale teraz pozwólcie państwo, że sam również zabiorę głos.

Po pierwsze, chciałbym bardzo podziękować panu ministrowi za bardzo szczegółowe, wnikliwe przedstawienie sytuacji, którą aktualnie mamy, i planów resortu, a także NFZ i inspekcji sanitarnej na jesienną falę zachorowań związanych z COVID-19.

Szanowni państwo, uporządkujmy i powiedzmy sobie parę rzeczy, bo po pewnym czasie wszyscy mamy wybiórczą pamięć. Pamiętajmy, że przygotowania rządu… Macie państwo różne ich oceny, my również inaczej je oceniamy. Przygotowania rządu rozpoczęły się na kilka tygodni przed pojawieniem się jakiegokolwiek pierwszego przypadku koronawirusa w Polsce. Nikt z nas nie był wtedy w stanie przewidzieć, jaka będzie skala zachorowań i czy będą one w podobnej skali, jak te, które wcześniej miały miejsce w Azji. To po pierwsze. Te przygotowania były. Nawet prowadząc dyskusje na ten temat na posiedzeniach Komisji, robiliśmy to jeszcze też przed pierwszym zachorowaniem, które miało miejsce w Polsce. Warto o tym pamiętać.

Po drugie, nikt nie wiedział, jaki optymalny algorytm postępowania przyjąć, ponieważ w przeszłości nikt na świecie nie miał doświadczeń z optymalnym działaniem w przypadku zakażenia SARS-CoV-2. Jak państwo doskonale wiecie, kraje przyjęły bardzo różne modele postępowania. W obliczu niezwykle dramatycznych wydarzeń niektóre z tych krajów modyfikowały te modele. Dramatyczne wydarzenia pokazywały media na całym świecie. Nawet hale sportowe, lodowiska, stadiony były przekształcane na tymczasowe kostnice. Tak to wyglądało. Przy okazji macie tu państwo odpowiedź na dyskusję związaną z liczbą potrzebnych testów. Stadiony, hale sportowe, które w wielu krajach zapełniały się trumnami, zapełniałyby się nimi niezależnie od tego, czy ktoś by tych pacjentów czy potencjalnych zakażonych testował, czy też nie. Ludzie po prostu umierali. W Polsce, niezależnie od tego, czy wykonalibyśmy jeden test czy milion testów w ciągu tygodnia, to albo byłaby wysoka śmiertelność tak jak w tamtych krajach, gdzie nie radzono sobie z bieżącym funkcjonowaniem państwa…

Bardzo proszę, pani poseł. Udzielę pani głosu, naprawdę. Jest taki brzydki zwyczaj komentowania. Bardzo proszę, pani poseł, udzielę pani głosu.

Pamiętajmy o tym. Co do samych testów, chcę zwrócić uwagę na kolejny fakt. Skuteczność tych testów jest niestety różna. Sam znam przykład, patrzę na głównego inspektora sanitarnego, bo przykład jest jemu znany, znany jest również panu ministrowi, bo zwróciłem uwagę na ten fakt, a przy okazji dziękuję za podjęte działania, gdzie osoba w bardzo zaawansowanej ciąży miała niestety pierwszy test dodatni, później mimo pięciokrotnego testowania negatywnego traktowano ją przez kilka pierwszych dni jako osobę zarażoną. Pamiętajmy więc o tym, że dochodziło do sytuacji niekorzystnych z punktu widzenia medycznego, kiedy testy wychodziły nie tylko fałszywie ujemne, ale i fałszywie dodatnie.

Lekarzom nie muszę wreszcie tłumaczyć tego, że wszystko zależy od tego, w jakim momencie testujemy. Ktoś, kto jest przetestowany dzisiaj, jest ujemny, a gdy nieprzetestowany jest jutro albo nawet w ciągu tej samej doby, ale w pewnym odstępie czasowym, może okazać się, że jest już zakażony. Powiem więcej, może okazać się, że ten test tak czy inaczej może wyjść ujemny. Podchodźmy więc do tego z pewnym rozsądkiem. Rozsądek polega na tym, że trzeba testować, i to bez ograniczeń, w tych sytuacjach, kiedy jest konieczność testowania, a nie strzelać na oślep bez określonego uzasadnienia. Szanowni państwo, jestem przekonany, że jest tyle laboratoriów w Polsce, które nie pracują z pełną mocą, którą mają, jeżeli chodzi o liczbę testowań, że jesteśmy pod tym względem przygotowani.

Kolejna sprawa dotyczy chociażby rozliczeń ze szpitalami. Powiem szczerze, że jestem zdziwiony. Pan minister bardzo szeroko powiedział o tym, że nie będzie rozliczeń do kwietnia, że kwestia rozliczeń, ryczałtów będzie przedłużona o pół roku. Nie mówmy więc o terminie kwietniowym, tylko półrocznym. Oczywiście można zastanawiać się jeszcze nad innymi rozwiązaniami, natomiast takie są fakty i jest to rzecz, na którą ministerstwo razem z NFZ-etem zareagowało. Tak, szanowny panie pośle, jest pół roku. Rozumiem, że będzie pan o to pytał.

Szanowni państwo, żeby nie przedłużać, powiem, że jestem przekonany, i też od tego jest nasza Komisja, że jeżeli będzie potrzeba, aby rozmawiać o nowej sytuacji związanej z SARS-CoV-2, z COVID-19, z tą bieżącą sytuacją, którą będziemy mieli, nie wiemy, jaka ona będzie, nie widzieliśmy tego w styczniu i lutym, nie wiemy tego też dzisiaj, co nas będzie czekało np. w listopadzie, to będziemy spotykać się z kierownictwem resortu, będziemy rozmawiać z przedstawicielami NFZ-etu. Tylko pamiętajmy, że mimo iż jest w naszym gronie wielu lekarzy, nie jesteśmy specjalistami w zakresie epidemiologii.

Kolejna uwaga, którą chciałem wreszcie powiedzieć, jest taka, że nie jest tak, że ten czy poprzedni minister z dyrektorami i zespołem siedzą w ministerstwie, podejmują jakieś decyzje bądź co bądź epidemiologiczne, tylko jest grono ekspertów, którzy dają ministrowi wsparcie. Jeżeli więc pojawia się uwaga, że epidemiolodzy coś tam mówią, to jeżeli mówią coś innego, niż mówią epidemiolodzy, którzy doradzają ministrowi, to jest to spór w obrębie samego środowiska epidemiologów, między konsultantem krajowym a szeregowymi lekarzami tej specjalności. To przy okazji pokazuje, że na dobrą sprawę świat, co jest w pełni zrozumiałe, do tej pory żadnego absolutnie pewnego, dowiedzionego naukowo algorytmu nie wypracował. Nie było takiej możliwości.

Ostatnia sprawa dotyczy szczepień przeciwko grypie. Pamiętajmy, że szczepienia zamawia się z rocznym wyprzedzeniem, a więc pewne działania, które są podejmowane przez rząd, o czym mówił pan minister Miłkowski, z założenia musiały być opóźnione w stosunku do tego, jakie składano zapotrzebowanie jeszcze przed sytuacją, kiedy wystąpił COVID i kiedy w ogóle nikomu nie śniło się, że z takim problemem będziemy się w Polsce mierzyć. To oczywiście nie znaczy, że wszyscy są entuzjastami szczepienia przeciwko grypie, bo ja sam, państwo pewnie też, niejednokrotnie spotykałem się z zapytaniem, również ze strony członków rodziny, czy warto się szczepić, czy nie warto.

Z tego co pamiętam, w Polsce szczepiło się ok. 4% populacji. W związku z tym nie oczekujmy, że nagle będzie chciało szczepić się 40%. To jest problem dłuższej dyskusji. W tej sprawie jestem przekonany, że jesteśmy absolutnie zgodni. Na początku tej kadencji mieliśmy tu wizytę przedstawicieli ruchu antyszczepionkowego. Myślę, że w tej sprawie zabieraliśmy wszyscy dość zgodne stanowisko. Niestety wszyscy mierzymy się z takim problemem.

Tyle z mojej strony. Panie pośle, myślę, że ponieważ pan na początku zabierał głos… Dobrze, to niech pan krótko uzupełni, a później pan poseł Hardie-Douglas i kolejna osoba.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Przepraszam, za chwilę będę musiał przejść na salę plenarną, dlatego tak się wyrywam, a jestem gadułą.

Cieszę się, że jest z nami pan minister, że tak szczerze z nami rozmawia, czasami emocjonalnie, tak jak i ja. Nie odnosząc się jednak do wielomiesięcznej historii walki z koronawirusem, miejmy przede wszystkim świadomość, że jako populacja okazaliśmy się wyjątkowo odporni w liczbie zachorowań i przypadkach śmiertelnych. W okresie wiosennym okazaliśmy się wyjątkowo zdyscyplinowani na skalę, której byśmy się nie spodziewali. Nie spodziewaliśmy się, że ludzie będą tak gremialnie siedzieli w domach, że te maseczki itd. To była dyscyplina wielka do tego stopnia, a wszyscy byliśmy w wielkim lęku, również w Komisji Zdrowia, że zamrożenie gospodarki okazało się nadmierne i bardzo kosztowne. Wtedy tego nie wiedzieliśmy. To jest historia.

Mówiłem o sanepidzie i pan minister mówił, ale pretensje podtrzymuję. Owszem poszły za tym działania, jakieś laboratoria, usprzętowienie, ale przecież sanepidy działały w fatalnych warunkach. Tu szacun dla ministra Pinkasa, któremu pewnie nie wypada

o tym mówić, że bez kadr i przygotowania, czasami pracownicy uruchamiali członków rodzin. Takie to były działania, że nie miał kto odbierać ogromnej ilości telefonów. Niesamowita ofiarność wielu przedstawicieli personelu medycznego pomogła nam wszystkim. Szczególny szacun dla sanepidu, który wszystkim pomógł. Nie chcę już tego rozwijać. Dobrze, że pójdą za tym jakieś działania.

Pan minister nie wspomniał, zresztą to bardzo fajne i za to dziękuję, że spotkał się pan z Kolegium Lekarzy Rodzinnych i z Porozumieniem Zielonogórskim i że były dyskusje. Tak będzie, panie ministrze, że jak to się rozkręci, a rozkręci się, to będą spory między tym, co ma robić lekarz POZ-u, a nade wszystko izby przyjęć i SOR-y. To będzie wzajemne oskarżanie się o to, że nie my powinniśmy itd.

Nie odniósł się pan do tego, co będzie, powiedzmy, od tej przysłowiowej godziny osiemnastej w piątek do poniedziałku, kiedy to POZ-y nie będą działać. Jest wprawdzie pomoc nocna, ale jak to będzie wyglądało w weekendy? Może to być kluczowe, gdy nadejdą święta Bożego Narodzenia, Sylwester. Co wtedy? Jak to będzie działało w tych szczególnych okresach?

Nie chcę rozwijać tematu szpitali. Chcę zapytać o jedną rzecz, korzystając z tego, że pan minister z nami jest, za co kolejny raz dziękuję. Mówimy o tym, co w tym roku. Oczywiście epidemia najpewniej rozkręci się na początku przyszłego roku, a po orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego wiemy, że bodaj do maja jest jeszcze okres regulacji zadłużenia szpitali. Tego zadłużenia nie jest za dużo, chyba nie ma jeszcze 20 mld, ale jest kilkanaście miliardów. Po orzeczeniu wiemy, co będzie po stronie państwa, co będzie po stronie organów założycielskich, czyli samorządu wojewódzkiego lub powiatowego.

Pojawiły się jednak dyskusje o tym, jak PiS przejmował władzę. Pamiętamy wszyscy, że…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, nie chcę być niegrzeczny, ale miał pan słowo wstępne, a inni posłowie czekają.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

To już kończę, naprawdę. Nie doszło do tego, że likwidujemy NFZ. W tej chwili są na nowo dyskusje, niejako przyspieszone terminem za kilka miesięcy, na taki temat, czy szpitale będą działać dalej tak jak do tej pory, czy np. szpitale powiatowe znikną i zostaną wcielone do sejmików wojewódzkich, czy dojdzie do upaństwowienia szpitali publicznych. To jest bardzo ważne pytanie. Ludzie będący blisko rynku mówią, że mogą być takie decyzje. Czy pan to planuje? Jeśli tak, nasze spojrzenie na szpitale będzie zasadniczo różne, bo w tej chwili mamy szpitale samorządowe, a potem może okazać się, że wszystkie szpitale są państwowe. Jakie ma pan zamiary? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Hardie-Douglas, bardzo proszę.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dziękuję. Panie ministrze, z wielkim zainteresowaniem wysłuchałem pańskiej, dosyć długiej i wyczerpującej, wypowiedzi. Ona była, przynajmniej na początku, w tonie narracji o olbrzymim sukcesie Polski. Był pan oburzony tym, że mój przedmówca mówił o złej kondycji szpitali. Mówił również o zaniedbaniach, jeżeli chodzi o specjalistykę. Pan na to odpowiedział, że doszło do tąpnięcia w kwietniu i maju, a tak w ogóle to z liczby wydawanych kart DiLO wnioskuje pan, że wszystko zostało nadrobione.

Jako praktykujący onkolog chcę więc panu powiedzieć, że nie ma pan racji. Nie jest pan lekarzem, nie pracuje pan na co dzień z pacjentami. Zaniedbania są niesamowite. Karta DiLO jest kartą, którą wydaje się pacjentowi, u którego stwierdza się nowotwór. Nie wie pan, w jakim stadium te karty są w tej chwili wydawane. Są to karty u ludzi zaniedbanych, którzy czasem mieli rozpoznanie jesienią ub.r. i ponad pół roku czekali na to, żeby ktokolwiek udzielił im pomocy. Nie mogli dostać się do specjalistów, kliniki odmawiały im przyjęcia. Tak było na co dzień.

Panie ministrze, to nie jest problem tylko onkologii. Jeżeli ma pan dane statystyczne, proszę sobie zobaczyć, ile ludzi zmarło na zawały serca, jak mała była dostępność

do kardiologii inwazyjnej. Jest mnóstwo różnych dziedzin medycyny, w których doszło do zaniedbań.

Mówi pan o dobrej sytuacji szpitali, ponieważ są zakontraktowane i niezależnie od tego, czy pracują, czy nie, dostają jedną dwunastą transzy. Oczywiście pan doskonale to wie, że jeżeli ktoś nie leczy ludzi, a dostaje jedną dwunastą, to koszty leczenia są mniejsze, koszty szpitala są mniejsze, a jego sytuacja finansowa w sposób sztuczny poprawia się. Państwo natomiast chcecie, żeby teraz, czy to będzie do końca roku, czy pan to zroluje jeszcze o pół roku, szpitale to nadrobiły, czyli wykonywały więcej zadań. Umówmy się, właściwie żaden sposób leczenia nie przynosi dochodu, tzn. do każdego leczenia dopłaca się. Wielokrotnie o tym mówiłem, a jest to cały czas zbywane. To jest chyba największy problem.

Jako były wielomiesięczny prezes NFZ-etu też doskonale pan wie, że procedury medyczne są niedoszacowane, w związku z tym leczenie się nie opłaca. Jeżeli szpitalom, które, niektóre przez pół roku, prawie nie leczyły pacjentów, tylko jakieś same urgensy, każe pan teraz to nadrobić, to oczywiście koszty leczenia spowodują, że przychody nie będą pokrywały wydatków jeszcze bardziej niż wtedy, kiedy pracowały w normalnym trybie.

Mówi pan, że przez sześć miesięcy nabywaliśmy wiedzę i teraz będziemy w inteligentny sposób podchodzić do walki z koronawirusem. Chcę powiedzieć, o czym też wielokrotnie już mówiłem, że wiedzy wcale nie trzeba było zdobywać przez sześć miesięcy. Byliśmy w tej dobrej sytuacji, że zachorowania na COVID przyszły do nas z Azji po paru miesiącach. Już wtedy było wiadomo, że jest to wirus, który rozprzestrzenia się szybko, natomiast jest groźny tylko dla części społeczeństwa, czyli dla ludzi starych, którzy jeszcze do tego mają inne groźne choroby, jak również dla ludzi młodszych, którzy mają niewydolność nerek, białaczkę, cukrzycę powikłaną itd. Ci chorzy umierali. Oni umierali we Włoszech, w Hiszpanii. Już wtedy o tym wiedzieliśmy. Nie trzeba było doprowadzać do lockdownu. Trzeba było chronić ludzi z grupy ryzyka. W Polsce tego nie zrobiono. Teraz ponosimy tego kolosalne konsekwencje w postaci recesji, której tak dużego rozmiaru nie spodziewaliśmy się. Cała narracja o inteligentnym postępowaniu jest dopasowana do tego, że państwo doskonale zdajecie sobie sprawę z tego, że nie stać nas już na żaden lockdown.

Co w związku z tym moim zdaniem powinno się zrobić? Tak jak robiono to od samego początku, powinno się chronić ludzi starych. Wspomniał pan o tym, że teraz będą testowane osoby, które są w DPS-ach, ZOL-ach, hospicjach, ale nie chodzi przecież o to, żeby tych ludzi testować. Chodzi o to, żeby nie dopuścić wirusa do miejsc, gdzie oni są. Trzeba więc objąć kordonem sanitarnym wszystkich, którzy się z tymi ludźmi stykają. To jest grupa, która powinna być testowana, a nie ci, którzy są tam w środku. To jest błędne rozumowanie.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Przepraszam, ale muszę się wtrącić, bo już troszeczkę pan odleciał. Chodzi mi o to, że teraz… nowo przyjmowani…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie ministrze, mam prośbę. Za chwilę, po tej turze pytań udzielę panu głosu. Pan poseł niech kontynuuje. Ja z kolei zwracam uwagę na to, że są procedury niedoszacowane i procedury przeszacowane. Wielokrotnie o tym mówiliśmy, również w tej Komisji.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

To pan tak mówił, panie przewodniczący, a jest to nieprawda.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To niech pan zapyta dyrektorów, jak mają np. ortopedzi, inni itd.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Czy jakieś pojedyncze procedury… Państwo zaraz powiecie o alloplastyce i o zaćmach. Proszę pana, z pięciuset różnych procedur wyciągacie dwie, które, że tak powiem, uwolniono, czyli alloplastykę biodra czy kolana plus zaćmę. Rzeczywiście są to opłacalne procedury, natomiast ponad 90% procedur jest całkowicie nieopłacalne. Myślę, że aku-

rat obecnemu tu ministrowi nie muszę o tym przypominać, bo doskonale o tym wie, ale rządził takim budżetem, jakim rządził.

W Polsce na opiekę zdrowotną idzie za mało pieniędzy. Jesteśmy prawie na samym końcu w Europie. Jeśli w Niemczech wydaje się prawie 260 mld euro rocznie na opiekę zdrowotną, a u nas wydaje się 25 mld, to nawet dużo wyższe PKB Niemiec tego nie usprawiedliwia. W Hiszpanii wydaje się trzy razy więcej na opiekę zdrowotną, gdy Hiszpania ma tylko 8 mln ludzi więcej. My mamy 38 mln, a oni mają 46 mln. Z tym w ogóle nie ma co polemizować. W systemie jest po prostu za mało pieniędzy. Z pustego i Salomon nie naleje. Nie mam o to pretensji akurat do pana, bo to nie są pana decyzje, robił pan, co pan mógł. Proponuję, żeby zmienić podejście do testowania. To, co powiedział pan przewodniczący, że niezależnie, czy zrobi się jeden test czy milion testów, to i tak ludzie umrą, to jakieś herezje.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, bardzo proszę, niech pan nie zniekształca tego, co powiedziałem.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Tak pan powiedział. Byłem tak zaskoczony…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, mówię w języku polskim. Albo ma pan problem, żeby zrozumieć, co powiedziałem, albo jest pan złośliwy. Jedno albo drugie. Powiedziałem coś zupełnie innego. Nie zrozumiał pan. Proszę sprawdzić w stenogramie.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Dobrze. Wszystko jest oczywiście nagrane, więc będziemy mogli sobie sprawdzić wszystko, co pan powiedział, ale w ogóle nie chcę z tym polemizować. Uważam, że testy są właściwą drogą do tego, żebyśmy ograniczyli liczbę chorych. Jednocześnie pamiętajmy o tym, żebyśmy nie wpadali w histerię, ponieważ COVID-19 nie jest chorobą nadzwyczaj groźną. Jest groźna dla określonej części populacji. Cały czas powinniśmy tę jedną rzecz mieć z tyłu głowy, żebyśmy przestali zajmować się tym, czy dzieci chodzą do szkoły, czy nie, ponieważ jest to uboczny problem. Dzieci przechodzą zakażenie bezobjawowo albo mają bardzo nikłe objawy, natomiast są transmiterem zakażeń dalej do ludzi starych.

Jako decydenci w tej chwili powinniście więc państwo pomyśleć o tym, żeby testować również dzieci, które są w domach wielopokoleniowych, które wracając ze szkoły, spotykają się z dziadkiem lub babcią, która ma 85 lat i do tego powikłaną cukrzycę. To jest pewien problem. Nie jest to łatwe, ale testowanie wszystkich nie ma sensu, a testowanie takiej grupy ludzi absolutnie ma sens.

Jeżeli chodzi o szczepienie przeciwko grypie, uważam, że antyszczepionkowcy robią złą robotę i oczywiście ludzie powinni się szczepić, ale jeżeli chodzi o podejście do COVID-u, to niczego to nie zmieni. Po prostu będzie większa liczba ludzi zakażonych, a ci, którzy mają zachorować na COVID-19, zachorują i tak. Większość z nich nie będzie nawet o tym wiedziała.

Na koniec chcę powiedzieć jeszcze o rzeczy najważniejszej, której nie rozumiem. To jest to, o czym mówił już mój przedmówca, że ten inteligentny nowy sposób podejścia państwa, czyli to, że teraz przerzucacie z sanepidów na POZ-ety, a wpierw ma być teleporada, która ma wyosobnić te osoby, u których jest duże prawdopodobieństwo, że mogą być zarażone koronawirusem. Osoby te mają teraz przyjść do POZ-etu, czyli tam, gdzie w większości nie ma żadnych warunków, żeby oddzielić ludzi zakażonych od niezakażonych. To jest dla mnie jakiś absurd, że ludzie potencjalnie chorzy, wyosobnieni przez teleporady, czyli ci z dużym prawdopodobieństwem zakażenia przyjdą do przychodni i będą stykali się z różnymi ludźmi, takimi, których boli kolano albo którzy źle widzą na oko. Trzeba więc to przemyśleć. Moim zdaniem nie jest to słuszne postępowanie, żeby badanie fizykalne odbywało się w POZ-ecie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze pan poseł Korwin-Mikke, pan minister, a później dalsze pytania. Proszę bardzo.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Ja w kwestii formalnej. Za pięć minut będą głosowania w Sejmie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Tak, śledzimy to, obserwujemy. Za chwilę zrobimy przerwę.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Dobra. Mam głos?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Proszę bardzo.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Proszę państwa, nie jestem lekarzem, w odróżnieniu od dużej części tu obecnych, natomiast obserwuję, co się dzieje. Przede wszystkim zauważam, że nie wzrosła liczba przypadków śmiertelnych, a w niektórych miesiącach nawet spadła, mimo że na COVID umiera bardzo niewiele osób w porównaniu z resztą. Jeżeli we Włoszech umierało nawet tysiąc osób dziennie, to tam średnio umiera trzy tysiące dziennie, więc to nie jest powód, żeby tam zamieniać stadiony na kostnice. To jest dziennikarska przesada i chęć robienia sensacji.

Oczywistą rzeczą jest natomiast, że pan doktor ma rację, że skutki nieleczenia ludzi na raka odbiją się, bo teraz ci ludzie nie umierają, ale umrą za rok, bo za późno odkryto u nich coś tam, bo szpitale wyłączono z normalnego trybu i zajęto się wyłącznie COVID -em. Ten efekt z całą pewnością się odbije.

Wszyscy tutaj mówią o testach. Proszę państwa, słucham, co dzieje się z testami. Moja znajoma, której kazano zrobić test, zrobiła go za 500 zł. Państwo mówią, że kosztuje 300 zł. Jeżeli pan przewodniczący Miller mówił, że wykonano 22 mln takich testów, to jest to 7 mld zł wyrzuconych na testy. Testy nie leczą, prawda? Dziewięćdziesiąt parę procent ludzi przechodzi COVID albo nie zauważając, albo przechodząc go lekko. Tym samym pieniądze zostały wyrzucone w błoto, a należałoby użyć je na leczenie, bo i tak za dwa dni okazałoby się, że pacjent ma COVID albo nie ma. To, czy go odkryjemy dwa dni wcześniej, w odróżnieniu od pacjenta na onkologii, nie ma żadnej różnicy. Dla raka wczesne wykrycie jest istotne, dla COVID-u moim zdaniem – nie. Państwo działacie jako agenci firm produkujących testy, a nie jako ludzie racjonalni. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Panie ministrze, bardzo proszę o odpowiedź na tę część pytań.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Dobrze. Bardzo dziękuję za wszystkie uwagi i sugestie. Jeśli państwo pozwolicie, pozwolę sobie odnieść się kolejno do wątków, zaczynając od wypowiedzi pana przewodniczącego Millera.

Jeżeli chodzi o liczbę laboratoriów, to w tej chwili mamy ich 185. Liczba wykonanych testów przekroczyła wczoraj 3 miliony. Wydaje się, że wskaźniki celowania, czyli skuteczności testowania, mówię tu o skuteczności rozumianej jako odsetek testów, które są pozytywne względem ogólnej liczby przeprowadzonych, jest raczej na poziomach niskich w stosunku do reszty Europy. Można więc powiedzieć, przyjmując pewnego rodzaju krytykę, że testów robimy mało, bo robimy ich mniej w przeliczeniu na milion obywateli, ale proszę pamiętać, że zasada ślepego testowania nie jest elementem, który postawi nas w dobrym świetle, jako lidera zwalczania pandemii.

Mamy troszeczkę inny przebieg pandemii niż inne kraje i porównywanie tego na zasadzie suchego zestawiania liczb moim zdaniem nie jest uzasadnione. W stosunku do naszego rozwoju pandemii robimy to w sposób wystarczający i potwierdzeniem tego są niskie wskaźniki celowania, czyli pozytywnych wyników na ogólnym tle. Niemniej jednak wsłuchując się w rekomendacje i zalecenia WHO, obserwując to, co dzieje się na świecie, podjęliśmy decyzję o nietestowaniu osób, które kończą kwarantannę i izolację. Wynikało to z kilku przesłanek.

Po pierwsze, tak jak powiedziałem, WHO wydało zalecenia w tym kierunku. Oczywiście te zalecenia obserwujemy, a nie tylko transponujemy na naszą rzeczywistość.

Zaczęliśmy też analizować i specyfikę testu PCR-owego, i sytuacje, które dotyczą indywidualnych spraw ludzi, którzy byli przetrzymywani w izolacji nawet po 80 dni, bo taki przypadek był podawany przez media. Co więcej, w konsultacji z naszymi epidemiologami mieliśmy potwierdzenie, że bardzo długo po tym, jak osoba jest już bezpieczna dla populacji, test może wykazywać resztowe ilości w DNA, czyli nieaktywnego wirusa, tylko ślady tego wirusa w organizmie.

W związku z tym bazując i na wiedzy epidemiologów, i na pewnych tendencjach, które obserwujemy w innych krajach czy w ogóle w sferze międzynarodowej, podjęliśmy decyzję, że dwa, negatywne na dodatek, testy, są niepotrzebne, bo to właśnie te dwa testy generowały problemy, bo jeden wychodził dodatni, następny ujemny, a kolejny dodatni. Takich przekładanek zdarzało się tyle, że osoby były przetrzymywane i można powiedzieć, że ich wolność była ograniczona bez obiektywnych podstaw. Absolutnie nie chcemy więc iść w tę stronę.

Nasze testowanie pacjentów objawowych ma taki charakter, że z jednej strony są osoby, które się zgłaszają, i to jest charakter testowania objawowego. Drugi charakter to testowanie ludzi w ogniskach. Dlatego jeżeli mamy sytuację taką, jaką mieliśmy na Śląsku, to wiadomo, że wskaźniki testowania były większe, bo kopalnie okazywały się ogniskami. Co więcej, z perspektywy czasu można powiedzieć, że była to bardzo skuteczna strategia, bo teraz, jeśli popatrzycie państwo na liczbę dziennych zachorowań, to Śląsk nie jest już dominującym regionem. Dominujące jest małopolskie.

Dużo dyskutuje się o weselach. Oceniamy na mniej więcej 10% przyrost liczb zakażonych z tytułu odbywania się wesel. Wydaje się więc, że strategia na Śląsku okazała się skuteczna.

Jeżeli chodzi o szpitale powiatowe i włączenie ich do pierwszego poziomu sieci covidowej, to oczywiście dofinansujemy te szpitale. Może poproszę pana prezesa Nowaka, bo zobowiązałem pana prezesa do spotkania się z przedstawicielami szpitali powiatowych i ustalenie zasad finansowania.

P.o. prezes NFZ Filip Nowak:

Dziękuję bardzo, panie ministrze. Panie przewodniczący, Wysoka Komisjo, faktycznie z inicjatywy pana ministra zdrowia wczoraj odbyło się spotkanie z konwentem starostów, bo przecież to są organy tworzące w większości szpitale powiatowe, także z zarządem ogólnopolskiego stowarzyszenia szpitali powiatowych, czyli z panem prezesem Malinowskim. Przedstawiliśmy sposób finansowania wszystkich trzech poziomów nowej strategii, która zakłada, także na polecenie pana ministra, odpowiednie finansowanie również dla tej grupy szpitali.

Przyjmujemy, że każdy szpital powiatowy, który dysponuje izbą przyjęć bądź też szpitalnym oddziałem ratunkowym, powinien przygotować kilka, trzy, cztery, pięć łóżek, które będą łóżkami buforowymi, izolacyjnymi, na których pacjenci z podejrzeniem będą poddawani testom i przekazani odpowiednio od wyniku do szpitala bądź do innej placówki, która tymi pacjentami się zajmie. Przyjęliśmy, że każde łóżko, które jest w gotowości do izolowania i do obserwowania pacjenta podejrzanego o COVID, będzie finansowane w wysokości 100 zł z samej gotowości, a jeżeli pojawi się tam pacjent, to jeszcze dodatkowo 185 zł.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Za dzień czy za godzinę?

P.o. prezes NFZ Filip Nowak:

Mimo wszystko odpowiem na to pytanie.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

A lekarz ile chce za godzinę?

P.o. prezes NFZ Filip Nowak:

Jeśli mogę dokończyć, panie przewodniczący…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę.

P.o. prezes NFZ Filip Nowak:

Dyskusja po spotkaniu dotyczyła tego, w jaki sposób będzie przebiegało funkcjonowanie tych placówek. Istotne jest to, że z dużym zrozumieniem i akceptacją spotkała się oferta czy pomysł na finansowanie łóżek izolacyjnych. Te łóżkach często były już w wielu szpitalach. Rozsądni dyrektorzy próbowali pacjentów izolować od innych i to finansowanie daje szpitalom powiatowym oddech.

O tym, że zostało to zaakceptowane czy też przyjęte z dużym zrozumieniem, świadczy wypowiedź pana prezesa Malinowskiego. Na wczorajszym briefingu po spotkaniu poinformował i uspokoił społeczeństwo naszego kraju, że szpitale powiatowe mają już zorganizowane łóżka, że pacjenci z podejrzeniem mogą czuć się bezpiecznie, a co więcej, że bardzo sprawnie przebiega także tworzenie gęstszej sieci punktów pobrań, które często są zlokalizowane właśnie przy szpitalach powiatowych.

Korzystając z okazji, chciałem podziękować zarządzającym szpitalami powiatowymi i starostom za zrozumienie i włączenie się w pomoc dla podejrzanych pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Jeszcze dalej pan minister? Proszę.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Kontynuowałbym wątki pojawiające się w wypowiedzi pana przewodniczącego. Jeżeli chodzi o kwestię testowania, to też chcieliśmy mieć to pod specjalną kontrolą i nadzorem, żeby jakość, jeżeli chodzi o pewien łańcuch, proces, który jest związany z pobieraniem próbek, ale też potem sama analiza i analityka w ramach przeprowadzonego badania…

Mamy system certyfikowania laboratoriów. Każde z laboratoriów, które jest wskazane do zawierania kontraktów z NFZ-etem, przechodzi specjalny miniaudyt. W ramach tego audytu sprawdzamy, jakie są procedury, wyposażenie i jakie są kompetencje osób. Dopiero w wyniku tego wydawana jest rekomendacja do zawarcia kontraktu.

Jeżeli chodzi o sprawy finansowe i perspektywę 2021 r., to dla nas gwarancją stabilności finansowej jest ustawa o 6% PKB. Tak naprawdę niezależnie od tego, ile przewidywanych składek wpłynie do budżetu NFZ-etu, dopełnieniem będzie dotacja budżetowa i inne środki, które będą przekazywane. Niezależnie od sytuacji na rynku pracy, dzięki temu rozwiązaniu i tej ustawie mamy zagwarantowany systematyczny wzrost nakładów na ochronę zdrowia. W przyszłym roku ma to być, o ile pamiętam, 5,3% PKB i to PKB liczonego jeszcze przed jakimkolwiek wahnięciem wartości dodanej, wytwarzanej w gospodarce, związanej z koronawirusem.

Jeżeli chodzi o kwestie podpisywania kontraktów i tego, co będzie bazą dla podpisania nowych kontaktów, chciałem przypomnieć, że 2021 r. jest o tyle ważny, że mamy redefinicję sieci. Zgodnie z bieżącymi regulacjami w 2021 r. powinna zostać dokonana zmiana definicji. Dotychczasowe reguły jakby wygasają i przygotowujemy nowy plan tego, jak sieć powinna funkcjonować. Oczywiście jak będziemy mieć pomysł wypracowany na poziomie założeń, przedstawimy to panu przewodniczącemu. Myślę, że warto byłoby się spotkać w tym zakresie.

Jest problem, że zanim zaczniemy mówić o zmianach właścicielskich, o których pojawiają się na razie informacje zupełnie nieoficjalne, bo chcę jednoznacznie powiedzieć, że na stole nie ma żadnej propozycji upaństwowienia szpitali, to są dyskusje, które prowadzone są raczej w przestrzeni medialnej… Rzeczywiście mamy sformułowany problem w postaci rozdrobnienia naszego systemu szpitalnictwa, zarówno jeżeli chodzi o liczbę szpitali, jak i wykorzystanie bardzo cennych zasobów lekarzy i pielęgniarek. Patrząc na podstawowe wskaźniki, to wiecie państwo, że liczba łóżek na 10 czy 100 tys. obywateli lokuje nas w czołówce Europy, a liczba lekarzy i pielęgniarek już niekoniecznie. Ten rozjazd jest wyzwaniem strategicznym przy definiowaniu nowej sieci.

Od razu podkreślam, że nie jest to w pierwszej kolejności zajmowanie się kwestią rozdrobnienia właścicielskiego, bo ono też jest barierą. Trudno prowadzić działania optymalizacyjne między jednostkami, kiedy jest dwóch właścicieli i każdy ma inaczej zdefiniowany interes. W pierwszej kolejności będziemy chcieli zoptymalizować sieć szpi-

talnictwa poprzez to, które jednostki i w jakim charakterze wejdą do sieci. Są to dyskusje, które prowadzimy mniej więcej od dwóch, trzech miesięcy. One nie mają jeszcze konkretnego kształtu, jeśli chodzi o propozycję rozwiązania legislacyjnego. Wszystkie informacje, które mówią o gotowym projekcie upaństwowienia szpitali, są przedwczesne i absolutnie nie mają pokrycia w konkretnych sformułowaniach i dokumentach przygotowywanych w Ministerstwie Zdrowia. To było odniesieniem również do tego, o co pytał pan poseł Wolski.

Jeżeli zaś chodzi o zagadnienia podniesione przez pana posła Douglasa, który rozpoczął swoją wypowiedź epatowaniem tym, że jest lekarzem… Rozumiem, że jest to wskazanie, że ja tym lekarzem nie jestem i nie mam wiedzy, którą ma pan. Może wskażę tylko, bo w praktyce może się to panu mylić, że karta DiLO nie świadczy o stwierdzeniu nowotworu, tylko o podejrzeniu nowotworu. W tym sensie jest kierowana do specjalisty. Proszę więc ewentualnie doczytać ustawę.

W przeciwieństwie do pańskiej perspektywy ja prezentuję perspektywę pacjenta, który miał ograniczoną dostępność do leczenia w każdym wymiarze. Mówienie językiem tylko tego, jak rozliczyć kontrakty, nie jest perspektywą, która mnie interesuje. W moim interesie i w interesie rządu, który reprezentuję, jest przywrócenie dostępności dla pacjentów, umożliwienie nadgonienia pewnego deficytu zdrowotnego, który jest oczywistą konsekwencją pandemii i ograniczenia dostępu. W tym znaczeniu będziemy robili wszystko.

Chciałem zasygnalizować, że do końca września będę chciał przedstawić tzw. *recovery plan*, czyli plan odbudowy zdrowia. W pierwszej kolejności musieliśmy oczywiście zająć się przeformułowaniem strategii walki z pandemią, ale tym drugim krokiem w ramach moich obowiązków będzie właśnie przygotowanie *recovery plan*, czyli planu odbudowy zdrowia Polaków.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Kiedy to będzie?

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Do końca września. Myślę, że będę prosił pana przewodniczącego o zorganizowanie oddzielnego spotkania na temat szczegółów tego planu, pewnie w perspektywie kolejnego tygodnia czy dwóch, ale proszę dać nam jeszcze chwilę na intensywną pracę. To chyba tyle, dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Szanowni państwo, mam sygnał, że za chwilę będą głosowania. W tej chwili przemawia pan minister, więc prawdopodobnie po tym wystąpieniu będą głosowania. Proponuję więc jedno pytanie, dwa, jeśli będą krótkie, i musimy zrobić przerwę, żeby zdążyć przejść na salę plenarną. To jest zrozumiałe, bo dotarła do mnie część głosów o tym, żeby jednak przejść na salę. Jaki jest…

Poseł Rajmund Miller (KO):

Nie, zostajemy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze, szanowni państwo, w takim razie informuję, żebyście przygotowali tablety do możliwości zdalnego głosowania tego, co będzie na sali plenarnej, żeby nie było żadnych problemów. Jest kolejna prośba o zabranie głosu. Bardzo proszę, pani poseł Gelert.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, chciałabym zadać pytanie odnośnie do wyrabianych bądź nie limitów szpitalnych oraz do łóżek izolacyjnych. Interesuje mnie, czy macie państwo jakiś długofalowy projekt mówiący o łóżkach izolacyjnych w szpitalu i o finansowaniu inwestycji z tym związanych, bo, jak wiadomo, jedno łóżko z prawdziwego zdarzenia w szpitalu to naprawdę duże koszty. Nikt do tej pory nie zajmował się tymi łóżkami, a może być tak, że COVID unaocznił, że tych łóżek w szpitalach nie ma. Czy jest jakiś projekt i plan? W tej chwili COVID wymaga od nas stworzenie tych łóżek, ale do tej

pory przy innych zakażeniach wewnątrzszpitalnych szpitale też musiały sięgać do tego problemu. Pytam więc, czy myślicie państwo o tym długofalowo.

Może pieniądze mogłyby pochodzić z Funduszu Medycznego? Nie ma żadnego problemu. Proszę bardzo. Może państwo opracujecie jakiś plan i wskażecie, które szpitale powinny takie łóżka posiadać. Tak jak mówię, zrobienie takich łóżek to są naprawdę duże wydatki, ponieważ szpital opracowywał taki projekt dostosowania się do łóżek izolacyjnych i koszty są naprawdę bardzo wysokie. To jest jedno pytanie.

Drugie pytanie dotyczy tego, że mówi pan, że ok. 20%… Przepraszam. Jeżeli chodzi jeszcze o łóżka izolacyjne. Skąd moje pytanie o to, czy 100 zł na dobę dla łóżka to nie jest dużo? Stąd, że jedno łóżko zabiera salę, w której dotychczas były dwa łóżka. Każdy ze szpitali ma do wykonania cztery do pięciu łóżek. Proszę państwa, to jest prawie jeden oddział, a przynajmniej pół oddziału. O tyle trzeba zmniejszyć, bo trzeba znaleźć pod to powierzchnię. W związku z tym przewiduje pan, że będzie teraz wykonywany zwiększony ryczałt. Pytam: Na jakiej powierzchni? Powierzchnia ta będzie musiała być w jakiś sposób przeznaczona na tę działalność. 100 zł to tak naprawdę, proszę państwa… Jeżeli mają być wydzielone minimum cztery… Tak przeważnie jest, bo wojewoda w każdym województwie określił, że dla personelu potrzeba między trzy a cztery łóżka.100 zł na dobę to nie jest nie wiadomo jaki pieniądz, żeby zabezpieczyć lekarza, personel, który będzie w gotowości, nawet jeśli będzie leżał jeden pacjent. To tak na marginesie.

Jest jeszcze sprzęt jednorazowy, bo wiadomo, że do ubrania się do pacjenta trzeba za jednym zamachem to ubranie, w które lekarz ubiera się, żeby zbadać pacjenta… oczywiście idzie… Do pacjenta, który leży na łóżku, jest kilkakrotne ubieranie się personelu. Rozumiem, że jeśli pacjent będzie na tym łóżku i po okresie badania stwierdzi się, że pacjent jest czysty, to też będzie 180 zł? Czy nie? Jeżeli on będzie leżał pięć godzin, a czasami dobę, zanim uzyska się wynik, to będzie wówczas też? Jeżeli pacjent okaże się pacjentem czystym i przeniesionym na oddział szpitalny… Właśnie do tego ma być oddział buforowy.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Wynik testu nie jest pewny.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Wynik nie jest pewny, ale powiedzmy, że jeżeli jednak jest ujemny, pacjent jest przenoszony na oddział. Trwa to najczęściej kilkanaście godzin, 10–12 godzin, różnie to wygląda. To są moje pytania, jeżeli chodzi o oddział buforowy i o ewentualnie…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Drugie pytanie dotyczy ryczałtów, o których mówił pan, że w tej chwili jest średnio ok. 20% niewykonania ryczałtu, globalnie w skali wszystkich szpitali. 20%, panie ministrze, ale od stycznia do września. Tak to się mniej więcej kształtuje. Jak pan wyliczył, że przez cztery miesiące to się nadrobi? Brakuje średnio 20%. Tyle jest niewykonania, czyli w tej chwili trzeba robić 120% ryczałtu. Jak pan widzi możliwość robienia 120% ryczałtu przy ograniczeniu oddziału i kilku łóżek? Co, jeżeli okaże się, że do czerwca przyszłego roku szpitalom nie uda się tego ryczałtu wykonać? Czy bierzecie państwo to pod uwagę? Zdaję sobie sprawę z tego, że to będzie jeszcze 4, 6, prawie 10 miesięcy. Zakładacie państwo, że w grudniu będzie 120%?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, krócej. Wszystkich państwa bardzo proszę o trochę krótsze wypowiedzi, bo tę treść i pytania można jednak skondensować. Pamiętajmy, że jesteśmy już po terminie, zaraz będziemy głosować, jest jeszcze kilka zgłoszeń…

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję, ale pan też zajął mi czas, a jeszcze chciałabym dopytać o rehabilitację.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

To proszę, niech pani pyta.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Już zapytałam. Koniec, kropka.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, pan poseł Hok.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, panie ministrze, chciałbym mimo wszystko wrócić do bardzo optymistycznej oceny sytuacji w Polsce. Mam wrażenie, że jesteśmy zieloną wyspą, bo wszędzie wkoło, w Europie i przy naszych granicach…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przepraszam, chciałem poinformować, że za trzy minuty są głosowania. Będziemy śledzić, a pan, gdyby mógł, niech w tych trzech minutach się zmieści.

Poseł Marek Hok (KO):

Panie przewodniczący, spróbuję. Jeżeli mówię, że wkoło naszego kraju, w Niemczech, Czechach, na Białorusi, w całej Europie ponownie dramatycznie rośnie liczba zachorowań, to dlaczego w takim razie rezygnujemy z testowania Polaków? Pan minister powiedział, że nasza wydolność jest na poziomie 50–60 tys. dziennie, tymczasem jeżeli chodzi o przelicznik, jesteśmy na szarym końcu. Na milion mieszkańców mamy ok. 73 tys. Taki kraj jak Hiszpania ma prawie 200 tys., a Wielka Brytania ma 250 tys. Nie chodzi o to, że te testy są niewiarygodne, ale jeżeli 80% społeczeństwa choruje na koronawirusa bezobjawowo, to dzięki testom moglibyśmy odizolować osoby, które mają dodatni wynik, i dzięki temu wszyscy pozostali będą mogli wrócić do pracy, a osoby starsze są chronione.

Pan minister mówił również, jeżeli chodzi o testy, że są izby przyjęć, że mają testy antygenowe do diagnozowania pacjentów. Sami doskonale wiemy, pan minister chyba również, że czułość tych testów wynosi ok. 10–30%. Nawet dodatni wynik testu nie będzie nikogo zwalniał z tego, żeby wykonać test molekularny, genetyczny i tysiące testów, które już są przekazane do szpitali, a są zupełnie nieprzydatne. Testowanie antygenowymi preparatami jest zupełnie bez sensu.

Chciałem jeszcze krótko spytać. Pan minister i pan przewodniczący ciągle powołują się na to, że jest skład zespołu doradczego przy ministrze zdrowia. Czy jest jakaś szansa na to, żebyśmy dowiedzieli się, kto jest w tym zespole? Słuchamy ekspertów, słuchamy epidemiologów, wirusologów, statystyków, którzy mówią o możliwości rozwoju koronawirusa, a nie wiemy właściwie, kto doradza. Politycy czy rzeczywiście fachowcy? Bardzo prosiłbym, jeżeli to nie jest tajemnica, żebyśmy uzyskali listę osób, które rzeczywiście doradzają panu ministrowi.

Na koniec chciałbym pana ministra spytać o jedną rzecz. Dzisiaj wyczytałem informację na temat tego, że pan minister powiedział… „W związku z trwającą w Polsce epidemią i możliwością wzrostu jesiennych zachorowań, a tym samym większym ryzykiem transmisji koronawirusa, informuję, że przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia nie będą w 2020 r. brali udziału w żadnym wydarzeniu o charakterze masowym – informuje minister zdrowia”. Czy byłby pan minister uprzejmy powiedzieć, do czego to się odnosi? Czy państwo rzeczywiście rezygnujecie z uczestnictwa w tego typu spotkaniach i na czym polega charakter wydarzenia masowego? Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Krótka przerwa na głosowanie.

[Po przerwie]

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Szanowni państwo, w takim razie proszę o zajęcie miejsc, wznawiam obrady. Pani poseł Dziuk, bardzo proszę.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, Wysoka Komisjo, wsłuchiwałam się w wypowiedzi kolegów. Chciałabym podkreślić, w nawiązaniu do wypowiedzi, które usłyszeliśmy na posiedzeniu, że sytuacja, którą omawiamy, to sytuacja, która wszystkich zaskoczyła.

Chciałam skierować wielkie uznanie do Ministerstwa Zdrowia, które podjęło środki finansowe i działania, które pomogły osobom zainfekowanym. Mogę to omówić na przykładzie Śląska. Jeżeli ktoś nie wie, była wielka akcja. Sytuacja w dużych zakładach wyglądała następująco… Państwo zakłamujecie rzeczywistość. Ja nikomu nie przeszkadzałam w wypowiedzi, więc również prosiłabym uszanować moją rolę…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Pani poseł, bardzo proszę kontynuować, a państwa proszę o zachowanie spokoju.

Poseł Barbara Dziuk (PiS):

W związku z powyższym chciałam bardzo podziękować, bo akurat tak się zdarzyło, że wielu moich przyjaciół zostało dotkniętych koronawirusem i miało wiele powikłań. Te osoby walczyły o życie i uruchomienie szpitali jednoimiennych, które sprawdziły się w praktyce, sprawiło, że wiele osób nie poniosło ciężkiej ofiary, jaką byłaby śmierć. Przeżywaliśmy to w innych krajach. Personel medyczny w tym zakresie również się sprawdził. Rozumiem, że mogły być sporadyczne przypadki, kiedy sytuacje były trudne. Wszędzie pracują tylko ludzie, natomiast wydaje mi się, że swoje cenne uwagi do Ministerstwa Zdrowia powinniśmy skierować ponad politycznymi podziałami, aby zapobiegać złym sytuacjom, gdzie pacjent może nie być aż tak dobrze zabezpieczony.

W każdym razie wielkie uznanie dla wszystkich ministrów zdrowia, którzy ofiarnie pracowali prawie 24 godziny na dobę. Teraz już nie pamiętamy tych chwil, ale przypomnijmy sobie czas, kiedy do naszych biur poselskich były telefony z prośbą o pomoc, i to, jak szybka była reakcja zarówno od ministerstwa, jak i wojewodów oraz sanepidu.

Wiemy, że pewne rzeczy trzeba przeorganizować. Wydaje się, że działania podjęte przez Ministerstwo Zdrowia idą w dobrym kierunku. Każde sugestie są dobre. Uważam, że punktowanie czy negowanie pewnych dobrych kierunków jest jednak nie na miejscu. W związku z powyższym na przykładzie Śląska mogę powiedzieć, że opanowaliśmy bardzo wielki ośrodek, gdzie mogło się to skończyć przykrymi konsekwencjami.

Uważam, że dzisiejsze spotkanie, debata jest jak najbardziej zasadna. Panie ministrze, wielkie słowa uznania przede wszystkim za szybką reakcję i dalszą wizję problemu, który może nastąpić, wizję pomocy pacjentom, bo w tych wszystkich działaniach najważniejszy jest pacjent, i za zabezpieczenie całego oprzyrządowania, ale też personelu medycznego. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję, pani poseł. Proszę o krótsze wypowiedzi. Pamiętajcie państwo, że jesteśmy już 40 minut po czasie. Pani poseł Rosa, bardzo proszę.

Poseł Monika Rosa (KO):

Dziękuję, panie przewodniczący. Panie ministrze, mam pytanie o to, kiedy będzie pierwsze podsumowanie, ewentualna zmiana przepisów i ocena tego, jak działa nowy system zlecania testów przez lekarzy rodzinnych. Jakie czynniki będą w tej ewaluacji brane pod uwagę? Kiedy możemy się jej spodziewać? Kiedy będzie ocena tego, czy nowe przepisy odzwierciedlają rzeczywistość i się w niej odnajdują?

Po drugie, mam pytanie odnośnie do tego, kiedy Ministerstwo Zdrowia zorientowało się, że popyt na szczepienia przeciwko grypie jest większy niż dostępność szczepionek na rynku. Czy ministerstwo monitoruje zapotrzebowanie na te szczepienia? Kiedy podjęto pierwsze działania, żeby zabezpieczyć podaż szczepionek? Jak wygląda cała sytuacja? Jaki jest szacunek braku dostępności szczepionek na rynku wobec tego, jakie jest na nie zapotrzebowanie? Czy będą państwo wprowadzać jakieś zasady dystrybucji szczepień, np. dla konkretnych grup, które są szczególnie narażone?

Mam także pytanie odnośnie do *recovery plan*. Wiem, że on będzie nam przedstawiany, natomiast dane mówią jasno, zwłaszcza jeżeli chodzi o wykrywalność raka, że liczby wykrywanych przypadków znacznie spadły. Jak wyglądają dane w przypadku innych chorób? Gdzie jest najgorzej, jeśli chodzi o wykrywalność i leczenie? Na czym szczególnie będą się państwo skupiać przy *recovery plan*? Czy mają państwo wykonaną całościową analizę w Polsce? Czy możemy te dane poznać?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan poseł Korwin-Mikke.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Z uwagi na czas nie podziękowałem panu ministrowi za naprawdę rzeczowe i obszerne przedstawienie sprawy.

Co do meritum, prędzej przekonam baptystów do tańczenia rock'n'rolla niż państwa do likwidacji państwowej służby zdrowia, ale chcę wygłosić tylko ogólną uwagę, że socjalizm to ustrój, w którym bohatersko pokonuje się trudności nieznane w żadnym innym ustroju. Gdyby były prywatne, szpitale na pewno zarezerwowałyby sobie pewną liczbę łóżek przejściowych, na pewno część wyspecjalizowałaby się na szpitale jednoimienne, a część nie. To zrobiłoby się samo, bez was.

Jedna uwaga praktyczna z tym związana jest taka: Jeżeli szczepi się na grypę 4% ludzi, to dlaczego zajmuje się tym rząd? W normalnym kraju jacyś tam Żydzi, Ormianie czy inne nacje handlowe przewidziałyby, że będzie większy popyt i rzuciłyby do aptek większą ilość szczepionek. Dlaczego zajmuje się tym rząd? Procent szczepionek mają robić jakieś dziane handełesy i klienci. Po co do tego rząd?

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pani poseł Kwiecień.

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

Dziękuję serdecznie. Panie przewodniczący, panie ministrze, szanowni państwo, oczywiście chciałabym przyłączyć się do podziękowań i z tego miejsca jeszcze raz bardzo serdecznie podziękować szczególnie Państwowej Inspekcji Sanitarnej, która, uważam, przy możliwościach, jakie miała, stanęła na wysokości zadania. To pierwsza sprawa.

Druga sprawa. Padało tutaj wiele zarzutów szczególnie ze strony posłów opozycyjnych, którzy dzisiaj oczywiście wiedzą, jak należało postąpić i jakie procedury należało wdrożyć. Przypomnę tylko, że już 10 stycznia, bo to od 10 stycznia Rządowy Zespół Zarządzania Kryzysowego codziennie spotykał się i na bieżąco reagował, analizując zarówno informacje, jakie spływały z Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, jak i informacje, jakie spływały z WHO. To na bazie tych informacji również u nas były podejmowane decyzje, bo przecież wtedy nie mieliśmy jeszcze żadnego dodatniego pacjenta. Mogliśmy tylko i wyłącznie przygotowywać się i było to czynione na bazie tych informacji, jakie spływały, a pragnę przypomnieć, że były one sprzeczne, że bardzo często pierwsze informacje, zarówno z WHO, jak i z Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób, były takie, że nie ma żadnej pandemii.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

Do dziś są sprzeczne.

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

W związku z tym, przepraszam najmocniej, jak cała Polska i wszyscy siedzieliśmy w domu, byliśmy bombardowani informacjami, które spływały z gazet, które były suflowane nam w różnego rodzaju czasopismach, portalach społecznościowych, to z dzisiejszej perspektywy łatwo wymądrzać się i mówić, co wtedy należało zrobić. Prawda jest taka, że najlepszym efektem tego, że te działania zostały wprowadzone prawidłowo, jest to, że mamy naprawdę niską umieralność wśród osób, które zostały zakażone COVID-19. Generalnie rzecz biorąc, Polska przeszła przez to suchą stopą.

Wracając, chciałabym skierować bieżące pytanie. Panie ministrze, szpitale i domy pomocy społecznej, ale chodzi mi szczególnie o szpitale, są dzisiaj zamknięte dla osób odwiedzających. Jest to zrozumiałe. Prawda jest taka, że osoby odwiedzające do tej pory to najczęściej najbliżsi chorujących osób, które trafiały do szpitala. Bardzo często najbliższa rodzina, szczególnie przy osobach leżących na oddziałach, gdzie jest duży odsetek pacjentów leżących, nie chodzących, wykonywała podstawowe czynności. Dzisiaj wszystkie te czynności pielęgnacyjne spadają na bardzo okrojony personel medyczny.

Zastanawiam się, czy nie wprowadzić tu jakiegoś systemu, nie wiem, wolontariuszy, opiekunów medycznych, oczywiście przy zachowaniu reżimu sanitarnego, żeby mimo wszystko wesprzeć personel medyczny, dlatego że, proszę państwa, bardzo czę-

sto na oddziale, gdzie leży dziś np. 60 pacjentów, na dyżurze są dwie, trzy pielęgniarki i trudno, przy np. 20, 30 pacjentach, obsłużyć czy podać im posiłek i ich nakarmić. Proszę państwa, to jest problem, który zgłaszają mi normalni lekarze, obserwując ciężką pracę pań pielęgniarek i to, że szpitale stały się w tej chwili zamknięte, nie ma w nich odwiedzających. Nie oszukujmy się, bardzo często rodziny wspierały w podstawowej opiece personel medyczny pracujący na tych oddziałach, szczególnie na oddziałach leżących. Rzucam do zastanowienia się, co z tym zrobić. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Na koniec jeszcze raz oddaję głos panu ministrowi. Proszę o krótką odpowiedź na kolejne pytania.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Panie przewodniczący, nie wiem, czy można krótko na nie odpowiedzieć. Postaram się jednak odnieść do kilku spraw, bo one wymagają wyjaśnienia. Po pierwsze, odnosząc się do wątków podnoszonych przez panią poseł Gelert, przypominam, że od lipca mamy dodatkowe 3% do każdej faktury, która jest wystawiana w systemie, które zostało dodane po to, żeby zaopatrzenie w środki ochrony indywidualnej było finansowane dodatkowym źródłem. Do każdej faktury, która jest wystawiana, dodawane jest więc 3%.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Pozwoli mi pani się wypowiedzieć? Mamy tutaj specjalnie dedykowane środki, które są przeznaczone właśnie na wzmocnienie sytuacji finansowej w kontekście środków ochrony indywidualnej.

Jeżeli chodzi o łóżka izolacyjne, rzeczywiście planowaliśmy, że w pierwszej kolejności będzie to jedno, dwa łóżka. Produkt, który został zdefiniowany przez NFZ, pan prezes Nowak przedstawiał te szczegóły… Wiemy, że wydając polecenia, wojewodowie czasami zwiększali minimalnie wymaganą przez nas liczbę łóżek, ale to oni mają najlepszą wiedzę na temat lokalnej sytuacji. Działamy tu w założeniu pełnego zaufania do rozeznania sytuacji przez wojewodów.

Oczywiście jeżeli będziemy widzieli sygnały, o których wspominała pani poseł, będziemy rozmawiali tutaj z ministrem spraw wewnętrznych i administracji i ewentualnie będziemy również prosili wojewodów o korekty tych decyzji, bo chcemy pilnować tego, żeby infrastruktura nie miała charakteru nadmiarowego.

Jeżeli chodzi o kwestię dynamiki wykonania ryczałtu, to mam wykres, który pokazuje wykonanie ryczałtu w poszczególnych miesiącach. W styczniu, lutym było to 104%, w lutym prawie 106%. Potem, i mówię tu o wykonaniu miesięcznym, a nie o skumulowanym, ryczałt zaczął być redukowany. W marcu było to 80%. Tak jak powiedziałem, w kwietniu i w maju nastąpił największy spadek, bo w kwietniu mieliśmy ledwo 45%, ale już od maja są wzrosty i mamy stopniowo 63%, w czerwcu 78%, a w lipcu 85%. Czyli po siedmiu miesiącach, jeżeli sobie je skumulujemy, średnie wykonanie wynosi 80%, co oznacza, że po pierwsze – jesteśmy na ścieżce wzrostowej wykonania tego ryczałtu; po drugie, absolutnie w żadnym momencie nie twierdziłem, że to jest do nadgonienia w ciągu dwóch miesięcy czy do końca roku, tylko, tak jak powiedziałem, będziemy dawali szansę wykonania tego dodatkowo w ciągu pół roku, czyli do czerwca.

Tak jak powiedziałem, biorąc pod uwagę średnią krajową, bo takimi wielkościami operuję, uważamy, że na to pół roku będzie do nadrobienia 10–15% rocznego ryczałtu. 10–15% w ciągu pół roku nie wydaje się wyzwaniem, szczególnie biorąc pod uwagę to, że systematycznie w ciągu poprzedzających pandemię miesięcy stopień realizacji był przewyższający 100% o mniej więcej 3–5%, tak jak to było w styczniu i lutym. Jeżeli byłoby to 5%, to jest to do nadrobienia w trzy miesiące, a jeżeli to będzie 3%, to jest to do nadrobienia dokładnie w ciągu pół roku.

To są dane obiektywne. One mają charakter ogólnokrajowy. Rzeczywiście są różne szpitale, które na tę średnią się składają. Są takie, które realizowały ryczałt i normy lepiej, a są takie, które robiły to gorzej. System, o którym tu mówimy, jest w interesie

tych, którzy nie porzucili pracy w trakcie pandemii i realizowali kontrakty lepiej niż średnio. Im będzie łatwiej to nadrobić. Oczywiście w mniej korzystnej sytuacji będą te podmioty, które są poniżej średniej, ale powtarzam, że reprezentujemy interes pacjenta, a nie interes rozliczenia świadczeń. Chcemy, żeby te podmioty, które nie zaprzestały przyjmowania pacjentów, były tym systemem premiowane.

Jeżeli chodzi o kwestie rehabilitacji, to prosiłbym prezesa Nowaka o wyjaśnienie szczegółów tego, jak będzie wyglądało rozliczenie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo proszę, panie prezesie.

P.o. prezes NFZ Filip Nowak:

Mówiąc o rehabilitacji, musimy mieć na uwadze, że rehabilitacja to zarówno świadczenia wykonywane w warunkach stacjonarnych, które to świadczenia rozliczane są osobodniem i których rozliczenie uzależnione jest od potencjału łóżkowego, którym dysponują świadczeniodawcy, ale mamy także dużą część świadczeń wykonywanych w warunkach ambulatoryjnych lub też rehabilitację domową.

Pamiętamy, że zgodnie z prawem rehabilitacja była na pewien czas wstrzymana. Teraz natomiast widzimy znaczny wzrost realizacji, zwłaszcza w rehabilitacji ambulatoryjnej. Potencjał, którym dysponują świadczeniodawcy, który obserwowaliśmy zresztą przy prowadzonych kontraktach, przy nadwykonaniach, prowadzonych konkursach, przy wartości nadwykonań przed pandemią, wskazuje na to, że istnieje duża szansa zrealizowania pełnego kontraktu mimo tzw. tąpnięcia w dwóch miesiącach.

Jeśli chodzi o świadczenia stacjonarne, dotyczą one nie tylko rehabilitacji, ale też np. lecznictwa uzdrowiskowego. Staramy się tutaj wypracować mechanizm, który będzie w jakiś sposób umożliwiał sfinansowanie tych świadczeń, ale nie poprzez podarowanie wszystkim niedowykonań w tej samej kwocie. Nie daj Boże. Tak jak zauważył pan minister, tempo realizacji w różnych placówkach było różne. Będziemy chcieli wypracować system, który umożliwia sfinansowanie niedowykonań w momencie, gdy nie będzie możliwości ich nadrobienia, biorąc pod uwagę, jakie świadczenia są wykonywane, ich korzyść dla pacjenta, czyli to, czy były to świadczenia rehabilitacyjne będące konsekwencją rehabilitacji pacjentów po urazach czy po zabiegach. Jeżeli wypracujemy, oczywiście wraz ze środowiskiem realizatorów i pacjentów, taki mechanizm, to na pewno z przyjemnością go państwu przedstawimy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Jeszcze pan minister, proszę.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Bardzo dziękuję. Przechodzę do zagadnień poruszonych przez pana posła Hoka. Jeszcze przed chwilą był z nami pan profesor Horban, czyli krajowy konsultant w dziedzinie chorób zakaźnych. Jeżeli chodzi o czułość testowania szybkimi testami antygenowymi, to weryfikacja tych testów była prowadzona w wojewódzkim szpitalu zakaźnym na próbie 200 pacjentów. Zgodnie z rekomendacjami WHO testy, które powinniśmy stosować, powinny mieć czułość przynajmniej 80-procentową. Z badań, które zostały przeprowadzone, pan profesor dysponuje raportem w tej sprawie, ta czułość przy pacjentach silnie objawowych jest właśnie 80-procentowa. Są to testy, które przeszły nawet kliniczną weryfikację u specyficznych pacjentów, czyli naszych pacjentów w wojewódzkim szpitalu zakaźnym.

Jeżeli chodzi o doradców, to jedną z moich pierwszych decyzji po objęciu urzędu było sformalizowanie sztabu, który wspomaga mnie w podejmowaniu decyzji związanych z walką pandemiczną. Sztab ten został sformalizowany w formie zarządzenia ministra zdrowia i zarządzenie to zostało opublikowane w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia, więc jest publicznie dostępne. To jest dziennik urzędowy i zarządzenie z dnia 4 września.

Macie tam państwo przedstawiony pełny skład doradców, wśród których, nie ma zaskoczenia, pojawia się pan profesor Horban, czyli konsultant krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych, pan minister Pinkas jako osoba reprezentująca całą strukturę inspek-

cji sanitarnej, pan profesor Grzegorz Juszczyk, który jest szefem Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego. Pojawiają się również prezesi Narodowego Funduszu Zdrowia. W sztabie są wszyscy wiceministrowie, ale również dyrektorzy departamentów, które w szczególności specjalizują się w zarządzaniu epidemią, czyli pan Jan Gessek, który przewodzi departamentowi ratownictwa i obronności, bo taka w tej chwili jest nazwa, i inni dyrektorzy, których może nie będę już wymieniał. Odsyłam państwa do zarządzenia ministra zdrowia z dnia 4 września.

Jeżeli chodzi o wydarzenia masowe, o które pan pytał, chcielibyśmy świecić przykładem w zakresie organizowania konferencji. Domyślną formułą konferencji powinno być spotkanie tele, przy wykorzystaniu narzędzi łączności informatycznej. Biorąc pod uwagę przebieg pandemii, która cały czas jest i stanowi zagrożenie, nie widzimy powodu niepotrzebnego zwiększania ryzyka. Dlatego wydałem takie zalecenie dla wszystkich jednostek podległych, żeby wszystkie konferencje, bo tak traktuję te zdarzenia, odbywały się w formie wykorzystującej środki łączności elektronicznej.

Bardzo dziękuję pani poseł Dziuk za podniesienie wątku tego, że podziały polityczne w kontekście pandemii nie istnieją. Wirus nie rozróżnia barw politycznych i atakuje wszystkich w taki sam sposób. Mogę jedynie dołączyć się do apelu pani poseł. Wszystkie ręce na pokład, to jest nasza wspólna sprawa. Chcę otwarcie powiedzieć, że bardzo liczę na wsparcie wszystkich sił politycznych, ponieważ walka z pandemią nie jest walką tylko i wyłącznie ministra zdrowia. Minister zdrowia sam nic nie zrobi. To jest zdecydowanie gra zespołowa, a im większy ten zespół, tym lepsze potencjalnie efekty walki.

Jeżeli chodzi o wątki podniesione przez panią poseł Rosę, to mamy już pierwsze informacje dotyczące zlecania przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Być może tymi informacjami państwa zaskoczę, ale mamy już blisko 2 tys. zleceń badań złożonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę charakter ścieżki pacjenta, który określiliśmy, czyli to, że najpierw jest teleporada, a dopiero potem, po badaniu fizykalnym, 3–5 dni zlecenie, to patrząc na to, że regulacje rozporządzeniowe obowiązują od zeszłej środy, można uznać, że jak na ten czas to bardzo dużo. Podłączonych do zlecania jest już 1400 gabinetów POZ-etu, co stanowi 10%. Chcę więc podziękować lekarzom rodzinnym, że mimo różnego punktu widzenia, który reprezentujemy, dyskutując w różnych sprawach, ta systematyczna praca i postęp we wdrażaniu jesiennej strategii walki z pandemią mają miejsce i są wyraźnie zauważalne.

Jeżeli chodzi o pytanie dotyczące szczepień, to nie mamy szczegółowych szacunków popytu, bo popyt, jak mówi ekonomia, jest zależny od ceny. Jak cena jest zerowa, to można powiedzieć, że popyt jest nieskończony. Takie relacje obowiązują w ekonomii. Parametrem, którym się posługujemy, nie jest badanie popytu w zależności od ceny, tylko kryterium ochrony szczególnych grup ryzyka. W grupie, którą najbardziej chcemy chronić, czyli seniorzy 75+, która ma przywilej darmowego szczepienia, założyliśmy mniej więcej dwukrotny wzrost zainteresowania. Dostawy, o których wspominałem państwu w poprzedniej wypowiedzi, zabezpieczają podwójne zainteresowanie tej grupy, o którą szczególnie chcemy się zatroszczyć.

Było pytanie dotyczące wykrywalności… Nie, to chyba nie tutaj.

Poseł Monika Rosa (KO):

Chodziło o spadek wykrywalności chorób nowotworowych oraz pytanie, na jakich wskaźnikach będzie bazował *recovery plan*, jak wygląda w rzeczywistości spadek wykrywalności chorób i zaległości, które zamierzają państwo uregulować.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

To bardzo prosiłbym o sprecyzowanie tego pytania na piśmie. Mamy bardzo szczegółowe informacje, ale w różnych dziedzinach są różne wskaźniki obniżenia tej aktywności. Informacje, które podawałem, dotyczyły bardzo zbiorczego agregatu, jakim jest ryczałt. W tym sensie one są reprezentatywne przekrojowo, natomiast dla poszczególnych specjalizacji, typów bardzo chętnie przedstawimy pani poseł szczegółowe informacje.

Jeżeli zaś chodzi o kształt planu *recovery*, planu odbudowy zdrowia, chcemy, po pierwsze, zająć się obszarem profilaktyki, i to na masową skalę. Jak państwo wiecie, skutkiem pandemii nie są tylko zachorowania na COVID, ale i odroczenie profilaktyki oraz

kwestia pewnej, związanej z izolacją, zmiany trybu życia. WHO podawało np., że przeciętnie każdy obywatel świata wychodząc z pierwszego okres pandemii, przytył 3–4 kg, a wiadomo, jaki jest katalog powikłań czy problemów związanych ze zwiększeniem skali otyłości, która i tak jest w naszym kraju problemem, zarówno u młodzieży, jak i u dorosłych. Na pewno w obszarze profilaktyki będziemy więc chcieli zaproponować masowe rozwiązanie zachęcające do wykonania podstawowych badań, których katalog oczywiście jeszcze dopracujemy.

Chcemy również zachęcić do skracania kolejek. To też jest informacja, z którą musimy się zmierzyć, bo przez czas pandemii informacja o kolejkach nie była zbierana, a mamy świadomość, że nieobsłużona liczba ludzi przyrasta. Będziemy chcieli zastanowić się nad delimityzacją może nawet wszystkich świadczeń. Mówię tu jednak o pewnym sposobie myślenia, a nie o konkretnych rozwiązaniach.

Wreszcie na poziomie szpitalnictwa, jeśli można tak powiedzieć, jest krajowa sieć onkologiczna, która jest już sprawdzonym produktem. Będziemy chcieli rozszerzyć jej działanie. Być może w zakresie kardiologicznym, który jest drugim zakresem priorytetowym dla działania państwa, będziemy chcieli również przyjąć tę konstrukcję, czyli wzmocnić mechanizmy koordynacji tak, żeby pacjent był pilnowany między poszczególnymi ośrodkami, a nie krążył jak zagubione dziecię w systemie.

Jeżeli chodzi o wypowiedź pana posła Korwina-Mikke, oczywiście bardzo dziękuję za docenienie kompleksowości naszego spojrzenia, ale świat nie działa niestety według skrajnie liberalnych zasad. Przysłowiowa żarówka nie wkręca się sama. Niestety rzeczywistość pandemii pokazała, że to przede wszystkim system publiczny wziął na siebie główny ciężar walki z pandemią. Sektor prywatny, mówię tutaj o części, która działa w ramach ubezpieczeń, abonamentów, nie otworzył się bardziej, a raczej ograniczył swoją działalność nawet bardziej proporcjonalnie do tego, co zrobiły podmioty publiczne, więc liberalne hipotezy tutaj się nie sprawdzają.

Poseł Janusz Korwin-Mikke (Konfederacja):

(Wypowiedź poza mikrofonem)

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Dobrze. To jest trochę akademicka dyskusja.

Jeżeli chodzi o wątki podniesione przez panią poseł Kwiecień, również dołączam się do podziękowań dla sanepidu. Myślę, że warto, żeby pan minister Pinkas, jeżeli pan przewodniczący pozwoli, przedstawił kilka słów na temat sanepidu, który ma ogromny wkład w walkę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Zdecydowanie.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Jeżeli chodzi o wsparcie dla personelu medycznego w postaci wolontariuszy, to pochylimy się nad tym pomysłem. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Inspekcja sanitarna wykonała oczywiście mnóstwo ciężkiej pracy. Panie ministrze, bardzo proszę o przedstawienie chociaż kilku uwag.

Główny inspektor sanitarny Jarosław Pinkas:

Panie przewodniczący, panie i panowie posłowie, szanowni państwo, bardzo dziękuję za miłe słowa w stosunku do inspekcji. Jeszcze nie tak dawno temu wydawało się, że jest kompletnie do niczego niepotrzebna. Byliśmy deprecjonowani, postponowani jako instytucja opresyjna, która zajmuje się wyłącznie nakładaniem mandatów. Ludzie zapomnieli o tym, że mając 101 lat tradycji, doprowadziliśmy do tego, że w Polsce jest bezpiecznie, że ludzie są zaszczepieni, że być może przechodzimy tę infekcję także dlatego, że była inspekcja, która dbała o całą populację.

Wiele jeszcze przed nami, nie odtrąbiliśmy sukcesu. Jesteśmy skrajnie zmęczeni. Mówię tutaj o wszystkich inspektorach sanitarnych pracujących w Polsce. Doprowadziliśmy do takiej sytuacji, że zwiększyliśmy liczbę osób pracujących bezpośrednio nad

pandemią. Do tej pory działaniami epidemicznymi w Polsce zajmowało się 1700 osób, a teraz ok. 8 tys. Dzięki inicjatywie rządu 15 marca doszło do sytuacji, w której zostaliśmy częściowo spionizowani, co w istotny sposób pomogło nam w zwalczaniu pandemii, w przecinaniu łańcucha epidemicznego.

Inspekcja stanęła na wysokości zadania. To inspekcja, która nie odmówiła wyjazdu na Śląsk, gdzie trzeba było pomagać, wyjazdu do Nowego Sącza, gdzie były ogromne problemy kadrowe. To inspekcja, która jeszcze 10 lat temu, chociażby w Małopolsce, miała jedną czwartą stanu kadrowego więcej. O jedną czwartą zmalał stan kadrowy inspekcji małopolskiej. Pytanie: Dlaczego tak się stało? Dlatego, że może byliśmy mało przebojowi, może zwyczajnie robiliśmy swoje, a może też dlatego, że jesteśmy ofiarą własnego sukcesu. Zwalczaliśmy choroby, ludzie przestali wierzyć w patogeny.

Teraz jest jednak inny czas, taki, w którym musimy pokazać, że dalej sprostamy i nadal jesteśmy potrzebni. To czas na to, żeby inspekcja była jeszcze bardziej wydolna. 60 mln zł wydane w tej chwili na informatyzację to nowe narzędzia: kilkanaście tysięcy komputerów, telefony komórkowe, których brakowało, infolinia, ale przede wszystkim to, co jest najbardziej istotne, czyli poczucie wszystkich 16 tys. pracowników inspekcji sanitarnej, że jesteśmy potrzebni.

Bardzo państwu dziękuję, że na dzisiejszym posiedzeniu Komisji Zdrowia padło tyle ciepłych słów. To dla nas wielka motywacja. Dziękuję w imieniu wszystkich pracowników inspekcji sanitarnej. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Jeszcze pani poseł Gelert? Proszę.

Poseł Elżbieta Gelert (KO):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, tylko chciałam doprecyzować. Mówił pan o tym, a nie chciałabym, żeby ta informacja została bez pana odpowiedzi. Mówił pan o ewentualnej dopłacie 3% dla szpitali po to, żeby miały przede wszystkim sprzęt jednorazowy. Jaki procent szpitali skorzystało z wzięcia tych 3% więcej? Wiadomo było, że można było wziąć tylko albo jedną dwunastą, albo 103% ryczałtu. Każdy szpital musiał wiedzieć, że wykonał 98% ryczałtu, żeby wziąć 3% i żeby zyskać na tym chociaż 1%. Takie jest moje pytanie. Może źle to interpretuję, więc prosiłabym, żeby bardziej to pan wyjaśnił.

Jest jeszcze tylko jedna kwestia, o której na początku mówiłam, czyli ewentualna długofalowa polityka, jeśli chodzi o łóżka epidemiologiczne w szpitalach, które, jak mówię… Zaraz będzie New Delhi, dalej będą inne zakażenia, a może pojawią się jeszcze inne. Obyśmy byli na to przygotowani. Mają to państwo w planie? Zdaję sobie sprawę, że nie teraz i nie w tej chwili, ale czy w planie polityki macie państwo wygospodarowanie pieniędzy na to, żeby takie łóżka mogły powstawać? Bardzo dobry byłby tu Fundusz Medyczny, który można wziąć pod uwagę.

Co do liczby łóżek w poszczególnych szpitalach, może to faktycznie indywidualna sprawa i przepraszam, jeśli się zagalopowałam. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Pan minister.

Minister zdrowia Adam Niedzielski:

Jeśli chodzi o kwestie 3%, poproszę pana prezesa o to, żeby przygotował szczegółowe dane na piśmie, bo z rękawa pewnie nimi nie sypniemy. Proszę jednak pamiętać, że te podmioty, które brały zaliczkowo jedną dwunastą, nie otrzymują 3%. Założenie jest takie: skoro biorą zaliczkowe, oznacza to, że kontraktu nie realizują w 100% i wtedy jedna dwunasta daje im wystarczającą przestrzeń do tego, żeby płacić i ponosić dodatkowe koszty środków ochrony indywidualnej.

Jak pani poseł doskonale wie, płatności na rzecz szpitali na ogół są dwukomponentowe, bo z jednej strony jest ryczałt, i do ryczałtu było doliczane 3%, a jeżeli w części kontraktowej ktoś brał jedną dwunastą, to 3% nie było doliczane tylko w części kontraktowej. Benefity z tego systemu zależą od tego, jaka część finansów szpitala jest w ramach ryczałtu, a jaka jest w części kontraktowej i czy kontraktowe rozliczanie było w ramach jednej dwunastej czy jednak poprzez fakturę, czyli tak, jak działo się w normalnych

czasach, kiedy pandemii nie było. Jeżeli pani pozwoli, szczegółowe dane przedstawimy. Według intuicyjnej odpowiedzi skorzystali wszyscy, którzy byli w sieci, bo zawsze otrzymują jakąś część ryczałtu, która była powiększona o 3%. Nie tylko wszyscy, którzy byli w sieci, ale też pozostali, którzy mając kontrakt, realizowali go nie według schematu płatnościowego, tylko według rozliczenia fakturowego, bo były też takie podmioty.

Jeżeli chodzi o łóżka izolacyjne, to zacząłem moją wypowiedź od tego, że wiemy dużo więcej na temat koronawirusa. Myślę, że okres półrocznego doświadczenia pokazał, że wypracowaliśmy pewne metody sprawnego zarządzania infrastrukturą, przekształcania jej, wykorzystywania właśnie pod kątem zagrożenia epidemicznego. Wydaje się, że to rozwiązanie, które wypracowaliśmy razem z panem ministrem Kraską, które dotyczy powołania sieci covidowej, jest pewnym gotowym konceptem, który możemy wykorzystać w przypadku dowolnego zagrożenia. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. To wszystko, szanowni państwo. Zamykam posiedzenie Komisji. Dziękuję bardzo.